This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Informazioni su questo libro

Si tratta della copia digitale di un libro che per generazioni è stato conservata negli scaffali di una biblioteca prima di essere digitalizzato da Google nell'ambito del progetto volto a rendere disponibili online i libri di tutto il mondo.

Ha sopravvissuto abbastanza per non essere più protetto dai diritti di copyright e diventare di pubblico dominio. Un libro di pubblico dominio è un libro che non è mai stato protetto dal copyright o i cui termini legali di copyright sono scaduti. La classificazione di un libro come di pubblico dominio può variare da paese a paese. I libri di pubblico dominio sono l'anello di congiunzione con il passato, rappresentano un patrimonio storico, culturale e di conoscenza spesso difficile da scoprire.

Commenti, note e altre annotazioni a margine presenti nel volume originale compariranno in questo file, come testimonianza del lungo viaggio percorso dal libro, dall'editore originale alla biblioteca, per giungere fino a te.

Linee guide per l'utilizzo

Google è orgoglioso di essere il partner delle biblioteche per digitalizzare i materiali di pubblico dominio e renderli universalmente disponibili. I libri di pubblico dominio appartengono al pubblico e noi ne siamo solamente i custodi. Tuttavia questo lavoro è oneroso, pertanto, per poter continuare ad offrire questo servizio abbiamo preso alcune iniziative per impedire l'utilizzo illecito da parte di soggetti commerciali, compresa l'imposizione di restrizioni sull'invio di query automatizzate.

Inoltre ti chiediamo di:

+ *Non fare un uso commerciale di questi file* Abbiamo concepito Google Ricerca Libri per l'uso da parte dei singoli utenti privati e ti chiediamo di utilizzare questi file per uso personale e non a fini commerciali.

+ *Non inviare query automatizzate* Non inviare a Google query automatizzate di alcun tipo. Se stai effettuando delle ricerche nel campo della traduzione automatica, del riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) o in altri campi dove necessiti di utilizzare grandi quantità di testo, ti invitiamo a contattarci. Incoraggiamo l'uso dei materiali di pubblico dominio per questi scopi e potremmo esserti di aiuto.

+ *Conserva la filigrana* La "filigrana" (watermark) di Google che compare in ciascun file è essenziale per informare gli utenti su questo progetto e aiutarli a trovare materiali aggiuntivi tramite Google Ricerca Libri. Non rimuoverla.

+ *Fanne un uso legale* Indipendentemente dall'utilizzo che ne farai, ricordati che è tua responsabilità accertati di farne un uso legale. Non dare per scontato che, poiché un libro è di pubblico dominio per gli utenti degli Stati Uniti, sia di pubblico dominio anche per gli utenti di altri paesi. I criteri che stabiliscono se un libro è protetto da copyright variano da Paese a Paese e non possiamo offrire indicazioni se un determinato uso del libro è consentito. Non dare per scontato che poiché un libro compare in Google Ricerca Libri ciò significhi che può essere utilizzato in qualsiasi modo e in qualsiasi Paese del mondo. Le sanzioni per le violazioni del copyright possono essere molto severe.

Informazioni su Google Ricerca Libri

La missione di Google è organizzare le informazioni a livello mondiale e renderle universalmente accessibili e fruibili. Google Ricerca Libri aiuta i lettori a scoprire i libri di tutto il mondo e consente ad autori ed editori di raggiungere un pubblico più ampio. Puoi effettuare una ricerca sul Web nell'intero testo di questo libro da `http://books.google.com`

S. R. C.

LA PSICHIATRIA
LA NEUROPATOLOGIA E LE SCIENZE AFFINI

GAZZETTA TRIMESTRALE

DIRETTA DAL

Prof. G. BUONOMO
Medico Direttore dei Manicomii Provinciali di Napoli

REDATTA DAL

Dott. L. BIANCHI

COLLABORATORI

Dott. G. ANDRIANI — Prof. L. ARMANNI — Dott. G. CANTARANO
Dott. G. D'ABUNDO — Prof. F. FEDE — Prof. G. NICOLUCCI

NAPOLI
STABILIMENTO TIPOGRAFICO DELL'UNIONE

1886

BOSTON MEDICAL
MAR 14 1913
LIBRARY.

CATALOGUED
MAY 28 1913
J. F. B.

INDICE DELL'ANNO III. 1885

MEMORIE ORIGINALI

D'Abundo. — Ricerche cliniche sui disturbi visivi nell'epilessia. . . . . pag. 1-322
Lussana. — L'Indice cerebrale. . . . . » 45
Mosella. — Due casi di afasia atassica . . . . . » 47
Andriani. — Contributo alla conoscenza delle psicosi degenerative . . . . . » 57
Bianchi. — Ancora sulla dottrina dei centri corticali motori del cervello . . . . . » 88
Lipari. — Caso raro di sclerosi disseminata a placche . » 277
Sergi. — Natura ed origine della delinquenza . . . . » 292
Battaglia. — Contribuzione alla casistica della Paranoia. » 354
Bianchi — Paolo Conte e la grande isteria . . . . . » 268

RIVISTE

ANATOMIA NORMALE E PATOLOGICA DEL SISTEMA NERVOSO E LOCALIZZAZIONI.

Tartuferi. — Sull'anatomia minuta dell'eminenze bigemini anteriori dell'uomo . . . . . » 98
Golgi. — Sulla fina anatomia degli organi centrali del sistema nervoso — Tessuto interstiziale degli organi nervosi centrali. . . . . » 100
Lo stesso — Metodi d'indagine . . . . . » 312
Ludwig Edinger. — Sulla nozione del corso delle fibre dei cordoni posteriori nella midolla allungata e nei peduncoli cerebellosi inferiori . . . . . » 103
Signora **Tarnovskaya.** — Le alterazioni del midollo spinale sotto l'influenza della distensione del nervo ischiatico . . . . . » 105

Kovalevskii. — Echinococco cerebrale . . . . . pag. 106
Marchi. — Sopra un caso di doppio incrociamento dei fasci piramidali . . . . . » 109
Jürgens. — Sulla sifilide del midollo spinale e delle sue membrane . . . . . » 315
Liebman Victor. — Sull'Istiologia patologica della corteccia cerebrale ne' folli . . . . . » 316

FISIOPATOLOGIA DEL SISTEMA NERVOSO.

Phedran. — Tabe dorsale preatassica . . . . . » 109
Rosembach. — Sulla patogenesi dell'Epilessia . . . . » 112
Zacher. — Contributo alla Patologia ed all'anatomia patologica della paralisi progressiva. Sul complesso di sintomi cosiddetti spasmodici nella paralisi progressiva . » 113
Schreiber. — Ricerche sperimentali sul fenomeno del ginocchio . . . . . » 317
Seeligmüller. — Sulla emianestesia . . . . . » 318
Möbius. — Sulla periodica ripetizione di una paralisi dell'oculomotorio . . . . . » 319
Herbst. — Influenza della corrente indotta e costante sull'attività del cuore umano . . . . . » 320
Möser. — Contributo alla diagnosi di sede e di natura dei focolari morbosi della midolla allungata . . . . . » 320
Pitres. — Sulla precoce comparsa del clono del piede nell'emiplegia . . . . . » 322
Ott. — Un centro termico nel cervello . . . . . » 322
Max Thomas. — Sulla etiologia della corea. . . . . » 323
Mandelschtam. — Terrore notturno dei fanciulli . . . . » 323
Bull. — Reperto ottalmoscopico nella sifilide. . . . . » 324
Wilbraud. — Restringimento del campo visivo nelle affezioni cerebrali . . . . . » 325
Farge. — Studio sulle funzioni del centro ovale . . . » 325
Vizioli. — La malattia di Friedreich (atassia ereditaria) . » 325
Mislavskii. — Della dottrina sul centro respiratorio . . » 329
Grossmann. — Diagnosi delle malattie oculari in relazione colla localizzazione delle affezioni cerebro-spinali. » 331
Froitskii. — Agarofobia . . . . . » 332
Stood. — Contribnto alla patologia dell'ambliopia saturnina. . . . . » 333
Kovalevskii. — Tabe dorsale illusoria. . . . . » 333
Kovalevskii. — Ricerche sulla innervazione dilatatrice pupilla . . . . . » 335

Vigouroux. — Malattia di Thomsen e paralisi pseudo ipertrofica. . . . . , ... pag. 338
Rieden. — Un caso di malattia di Thomsen . . . . . » 338
Bernhardt. — Contributo alla Patologia della così detta malattia di Thomsen . . . . . » 339
Weichmann. — Miotonia intermittente congenita . . . » 340
Abadie.—Contribuzione all'istoria della malattia di Thomsen . . . . . » 340
Bernhardt. — Sulla malattia di Thomsen. . . . . » 341
Deligne. — Osservazione di un caso di malattia di Thomsen . . . . . » 341
Horstmann. — Dell'anestesia retinica . . . . . » 342
Learn. — Un caso di corea in un uomo di 56 anni . . » 343
Peeper. — Corea nel tifo addominale . . . . . » 343
Mardougal. — Corea cronica esistente da 41 anno — Stiramento dei nervi. . . . . » 344
Guillery. — Endocardite con corea consecutiva . . . » 344
Hare. — Alcune osservazioni cliniche intorno alle monocoree associate ad aumento della temperatura nella parte affetta . . . . . » 344

SUI DISTURBI AFASICI DEL LINGUAGGIO.

Charcot. — Differenti forme di afasia . . . . . » 114
Lichtheim. — Sull'afasia. . . . . » 114
Bride. — Un caso di cecità verbale con emianopsia laterale destra . . . . . » 114
De Watteville. — Nota sulla cecità verbale . . . . » 114
Grainger Stewart. — Sulle condizioni morbose del linguaggio . . . . . » 114
De Ranse. — Afasia. Cecità verbale. . . . . » 114
Luys. — Contribuzione allo studio dei disturbi della parola. . . . . » 113
Ball. — Un caso d'afasia intermittente . . . . . » 114
Bitot. — Della sede e della direzione delle irradiazioni capsulari incaricate di trasmettere la parola . . . . » 115
Seppilli. — La sordità verbale od afasia sensoriale . . » 115
Brugia. — Di un caso di afasia. . . . . » 114

PSICHIATRIA.

Reinhard. — Contributo all'etiologia della paralisi progressiva degli alienati, con speciale considerazione sull'influenza della sifilide . . . . . » 132

Eickholt. — Contributo alla conoscenza della demenza paralitica . . . . . pag. 138
Ball. — La pazzia consecutiva al colera . . . . . » 143
Ball. — Il delirio acuto . . . . . » 145
Bettecourt-Rodrigues. — Lo stato dei riflessi nella paralisi generale . . . . . » 147
Lombroso. — Identità dell'epilessia colla pazzia morale e delinquenza congenita . . . . . » 149
Holmy. — Mania puerperale. . . . . » 345
Ira Russel. — Incremento della pazzia. Cause e rimedii. » 347
Camuset. — Considerazioni intorno alle relazioni che esistono tra i sintomi psichici della paralisi generale, e le lesioni anatomiche di questa malattia . . . . . » 350

TERAPIA.

Mercer. — L'acido osmico nella sciatica . . . . . » 152
Marshall. — Cura della corea con l'acido bromidrico . » 152
Eulenburg. — Sull'etiologia e la cura della tabe dorsale. » 152
Larrea y Quezada. — Il simulo nella cura dell'epilessia. » 152
Valore terapeutico dell'irritazione meccanica dei nervi . » 153
Bernhardt. — Stiramento del nervo facciale . . . . » 153
Benedikt. — Blefarospasmo bilaterale e tic convulsivo . » 153
Charcot. — L'isolamento nella cura dell'isterismo. . . » 153
De Watteville. — L'elettricità nelle malattie mentali . » 153
Nasse. — Sull'uso sottocutaneo del ferro nelle psicosi . » 155
Atherton. — Lo stiramento dei nervi nella sciatica . . » 162
Sterling Ryerson. — Il rigolene, nuovo anestetico locale. » 163
Pitres. — Degli attacchi apopletiformi nell'inizio dell'atassia locomotrice progressiva. . . . . » 164
Leyden. — Dispepsia nervosa . . . . . » 352
Bourneville e Bricon. — L'uso del curaro nel trattamento dell'epilessia . . . . . » 353
Dujardin Beaumetz. — Un caso di vaginismo guarito col cloridrato di cocaina . . . . . » 354
Joffroy. — Della natura e del trattamento della corea . » 354
De Watteville. — La cura del crampo professionale . » 354
Flechsig. — Cura ginecologica dell'isteria . . . . . » 355
Manarei. — La cocaina nel mal di mare . . . . . » 356
Brosius. — Cura di un imbecille . . . . . » 356
Tre nuovi ipnotici . . . . . » 355

Bibliografie.

De Watteville. — Introduzione pratica alla elettricità medica. . . . . pag. 164
Fiordispine. — Rendiconto statistico-clinico del Manicomio di Roma pel settennio 1874-1880 . . . . . » 357
Bra. — Manuale delle malattie mentali . . . . . » 358

Necrologie.

Biagio Miraglia . . . . . » 171
Gabriele Buccola . . . . . » 173

BOSTON MEDICAL
MAY 28 1913
LIBRARY.

Istituto psichiatrico del Manicomio Provinciale di Napoli
diretto dal Prof. BUONOMO.

RICERCHE CLINICHE SUI DISTURBI VISIVI NELL'EPILESSIA (1).

Pel Dottor G. D'ABUNDO.

Assistente alla Clinica Psichiatrica nella R. Università di Napoli.

Mi sia permesso, prima ch'io esponga i risultati delle mie ricerche cliniche, di esprimere la mia più sentita gratitudine e riconoscenza verso il Prof. Buonomo, il quale mi concesse d'intraprendere la serie di studi, ch'io ora andrò a sviluppare, molto prima che avessi l'onore d'essere nominato suo assistente. Ed io così potetti giovarmi di tutti gli ampii mezzi che offre l'Istituto e la Clinica Psichiatrica di Napoli a coloro che si dedicano allo studio delle malattie del sistema norvoso.

Sento anche il dovere di esprimere la mia più viva riconoscenza verso il Prof. Bianchi, il quale mi suggerì l'idea d'intraprendere quella serie di studi che ora andrò ad esporre, e mi fu poi largo di consigli ogni qualvolta ne lo avessi richiesto.

In questo mio lavoro mi propongo di esporre gli studi praticati su d'una limitata serie di fenomeni nell'epilessia, basandomi essenzialmente su osservazioni cliniche eseguite con accuratezza, siccome quelle che sono di reale utilità alla Scienza, la quale nel suo progressivo sviluppo è riuscita oggidì a sottrarsi al dominio delle mere ipotesi e pro-

---

(1) Un sunto del presente lavoro venne presentato e letto nel 1884 alla R. Accademia medico-chirurgica di Napoli.

cedere in un campo tutto sperimentale, dove gli errori sono per certo minori e le illusioni molto meno facili ad avverarsi.

Ho moltiplicato per quanto più è stato possibile le mie ricerche su 40 epilettici attentamente sorvegliati nelle diverse ore del giorno e della notte, e dopo maturato controllo più volte praticato, ho cercato di ricavare de' corollari, che potessero apportare qualche contributo allo studio d'un argomento tanto importante.

La serie di fenomeni che ho voluto studiare nell'epilessia si è quella de' disturbi che si avverano nella sfera visiva prima e dopo l'accesso ed anche ne' giorni consecutivi ad esso. Pochissime sono state le osservazioni fatte al proposito; poichè ad eccezione de' fenomeni pupillari descritti da parecchi autori, nessuno si è occupato di studiare *metodicamente* le condizioni endoculari dopo un accesso epilettico, paragonandole allo stato normale. Ho creduto essere di sommo vantaggio fare investigazioni su d'un organo deputato ad una si alta funzione com' è la visione, poich'esso stante la sua particolare struttura si presta a fare da riflessore interno e quindi a poterci rivelare de'sintomi, atti a spiegare nell' Epilessia qualche fenomeno, su cui vertono ancora vivamente le discussioni.

Accanto alle osservazioni fatte del campo visivo ho stimato utile non tralasciare in ogni epilettico l'esame psichico, onde scorgere se esistono rapporti tra'risultati ottenuti mediante osservazioni eseguite sull'organo visivo e quelli emergenti dalle ricerche dell'esame psichico.

Non mancherò di accennare, prima di svolgere questo mio lavoro, gli studi più importanti che sono stati praticati da altri autori sull'organo visivo nell'epilessia; come pure, a corroborare meglio ciò che avrò esposto, riporterò alla fine qualche storia clinica in tutt' i suoi minuti dettagli.

Riguardo all'interpretazione di tutt'i fenomeni osservati, ciò costituirà l'ultima parte del mio lavoro.

Sicchè lo schema generale di tutto ciò che intendo esporre è il seguente:

I. Rapido cenno degli studi più importanti finora eseguiti nell' epilessia sull'organo visivo.

II. Esame dell'organo visivo	Stato della pupilla Condizioni de' vasi del fondo dell'occhio. Campo visivo. Forza visiva. Senso cromatico.	Prima, dopo e nei giorni consecutivi all'accesso.
III. Esame psichico	Alterazioni nell'umore. Impulsività. Loquacità o l'opposto. Carattere morale. Memoria dell'accesso o de' fatti compiuti dopo di esso. Allucinazioni ec.	

IV. Storie cliniche

V. Interpretazione de' risultati ottenuti.

I.

Rapido cenno degli studi più importanti eseguiti nell'epilessia sull'organo visivo.

Condizioni della pupilla nell'Epilessia — Probabilmente non esiste nel corpo umano un organo dotato di tanta mobilità e suscettibile di tanti cambiamenti com'è l'iride. La luce, gli psichici eccitamenti, le variazioni nell'idraulica circolatoria, la rapida e forte eccitazione dell' udito, come rumori, lo scoppio d'una capsula e financo la stessa minaccia, inducono un cangiamento spesso notevole nella grandezza del diametro pupillare.

Esistono delle divergenze tra gli autori sul meccanismo fisiologico della dilatazione e del restringimento della pupilla; però non è questo il momento di accennarle, essendo ora mio compito quello di svolgere rapidamente le ricerche praticate su tale organo nell'epilessia.

A tale riguardo non son mancate delle investigazioni.

Infatti il Siemens (1) ebbe l'agio di osservare il modo di comportarsi delle pupille in un'epilettica fin dall'inizio dell'accesso, tanto più che trovavasi in circostanze favorevolissime a tal sorta di investigazioni. Si trattava d'una ammalata a 20 anni, in cui l'epilessia proveniva da ergotismo epidemico ; gli accessi epilettici di questa natura, siccome l'autore stesso afferma, non si differenziano per niente dall'epilessia abituale (2). Ebbene insieme all'accesso interveniva un restringimento massimo delle pupille, che di solito erano più dilatate del normale; nel sopravvenire lo stadio tonico al restringimento tenea dietro rapidamente una dilatazione massima. Durante lo stadio clonico le pupille erano dilatate però non più al massimo. Nello stadio dello stertore e del coma la dilatazione diminuiva ancora finchè nel sonno si restringevano. Riguardo alla reazione alla luce il Siemens trovò poca reazione, tanto delle pupille ristrette, quanto di quelle al massimo dilatate ; solamente a misura che lo stadio clonico si avvicinava alla fine reagivano alquanto o poco.

Sulla presenza d'un rapido restringimento nell'inizio dell'accesso, non esiste controllo di alcun altro per quanto io mi sappia.

Le opinioni de' diversi autori concordono in generale sulla forte dilatazione della pupilla nello stadio tonico ; la quale dilatazione poscia va diminuendo alla fine delle convulsioni cloniche; per cui non mi dilungo al proposito.

Non mancano osservazioni praticate negl' intervalli tra un accesso e l'altro.

Infatti il *Clouston* nel 1871 osservò per la prima volta, esaminando attentamente la pupilla dopo un attacco epilettico di *grand mal*, o di *petit mal*, dei movimenti alternativi di dilatazione e di contrazione dell' iride, i quali persistevano più d'un minuto dopo che l'infermo avea ripreso coscienza.

Anche il *Carter Gray* (3) fin dal 1880 avea notato

(1) Americ. Journ. med. Sc...
(2) Neurolog. Centralblatt di Mendel 1882. f. 5°.
(3) Siemens. Arch. für Psych. XI, 2.

de' caratteri speciali, che presenta la pupilla negli epilettici fuori l'attacco, e nel 1882 (1) pubblicava una memoria che io rapidamente qui riassumo.

Negl'intervalli tra un accesso e l'altro il suddetto autore ha constatato che le pupille degli epilettici sono sempre più o meno dilatate anche alla viva luce, e vanno soggette nelle variazioni dell'intensità di quest'ultima a cambiamenti di diametro molto più rapidi di quello, che avviene negl'individui sani. In 63 epilettici osservati dall'autore, due semplicemente non presentavano tale sintomo, ma si trattava in questi casi di vecchi in cui per l'età le pupille erano meno mobili. Sicchè i caratteri delle pupille degli epilettici sarebbero: *dilatazione manifesta e variazioni più rapide.* L'autore crede importante tale sintomo per riconoscere l'esistenza dell'epilessia in un individuo di cui non si è osservato nessun attacco.

Il *Marie* (2) ha controllato queste ricerche del Gray con metodo più esatto nelle misure (3), e tenendo conto dell'intensità della luce che dev' essere sempre la stessa in tutte le osservazioni, è giunto a conclusioni opposte a quelle del Gray. Egli nega recisamente le *variazioni più rapide delle pupille*, però espone che gli ammalati da lui osservati non erano in età molto giovane (4).

Condizione dei vasi del fondo dell'occhio. A tal proposito esiste qualche osservazione di *Echeverria*, da cui risulta che talvolta, non sempre, durante lo stadio prodromico esiste anemia del fondo posteriore dell'occhio, però tali ricerche non sono state eseguite nè su vasta scala, nè me-

---

(1) American Journal of Neurology and Psychiatry. N. 1. 1882.
(2) Archives de Neurologie, 1882. N. 10 pag. 42.
(3) Processo di Hutchinson. The Brain. vol. I.
(4) Quando lessi nello scorso anno questo mio lavoro alla R. Accademia Medico Chirurgica di Napoli, non ancora era a mia conoscenza la memoria del Dr. Musso sulle « *Variazioni del diametro pupillare negli epilettici* » pubblicata quasi contemporaneameute. Il detto Autore ha controllato con grande accuratezza le ricerche del *G. Gray* e del *Marie*, ed afferma che le pupille degli epilettici non presentano per nulla una dilatazione maggiore di quelle degl'individui sani. Come pure fa rilevare una diversa dilatazione delle due pupille a preferenza nella forma phisica.

todicamente ; sono osservazioni isolate su cui il giudizio dev'essere riservato.

Il *Bouchut* il quale studiò nelle differenti malattie nervose il modo di comportarsi de' vasi del fondo dell' occhio, dichiara di aver rinvenuto dopo un accesso epilettico iperemia, il che venne completamente negato dal Duguet. Però anche queste osservazioni sono state appena accennate.

Il *Magnan* (1) a provare che nell' accesso epilettico i capillari del cervello non sono contratti ma subiscono una violenta dilatazione , praticò ricerche su d'una sola ammalata di epilessia coll' oftalmoscopio al principio dell' accesso. Ei notò un' attiva congestione del fondo dell'occhio ; il sangue era spinto bruscamente ne' vasi retinici. Nient'altro riporta sulle condizioni dei vasi del fondo degli occhi, i quali deviati rendevano l'esame molto difficile. Lo stesso Magnan afferma, che avendo prodotto ne' cani lo stato epilettico mediante l'essenza di *absinthe*, gli fu dato di osservare la stessa congestione nel fondo dell'occhio, come pure nel cervello previa aperture praticate al cranio.

Nessun' altra notizia esiste a tal proposito da parte di altri autori , come pure non è stato eseguito alcun controllo alle osservazioni già menzionate.

Nessuno si è occupato finora di praticare una numerosa e *metodica* serie di ricerche sulle modificazioni, che si avverano nelle condizioni de' vasi del fondo dell'occhio non solo durante l'accesso (quando ciò è possibile come in seguito dirò), ma dopo e ne' giorni consecutivi ad esso ; tenendo conto e degli altri disturbi della sfera visiva, e dello stato psichico dell'infermo.

Campo visivo. Sulle modificazioni del campo visivo nell'Epilessia non esisteva alcun osservazione quando il prof. Bianchi mi avea consigliato d' intraprendere al riguardo delle ricerche metodiche su numerosi epilettici ; e fino al momento di presentare una mia nota preventiva alla R.

---

(1) V. Magnan. Leçons cliniques sur l'épilepsie. 1882.

Accademia medica, nessuna osservazione mi fu possibile trovare al proposito nella letteratura medica (1).

Forza visiva e senso cromatico. Su tal riguardo per quanto è a mia conoscenza nessuna ricerca è stata eseguita.

Come si potrà rilevare da questo rapido cenno sugli studi più importanti eseguiti nell'epilessia sull'organo visivo, esistono delle lacune ; poichè si sono accennati alcuni argomenti ma non svolti ; si sono praticate delle ricerche isolate, spesso semplicemente collo scopo preventivo di sostenere la propria teoria della patogenesi dell' epilessia. Ma le osservazioni per essere proficue debbono essere sempre eseguite su *numerosi individui* e *metodicamente*, *senza alcuna idea preventiva.* Tale è stato appunto lo scopo propostomi, e spero quindi che questo lavoro possa apportare un contributo allo studio d'un argomento tanto importante come l'Epilessia.

II.

Esame dell'organo visivo nell'Epilessia.

I. *Condizioni della pupilla* (1). — Non è a maravigliare delle divergenze ch'esistono tra gli autori a proposito dei fenomeni pupillari nell'epilessia quando si considera l'estrema mobilità dell'iride a qualsiasi sorta di eccitamenti. È naturale che a voler praticare delle osservazioni rigorosamente esatte , bisogna che l'infermo si trovi sotto le stesse identiche condizioni d'ambiente luminoso. Ho praticato le mie ricerche al proposito in un ambiente illuminato dalla luce solare diffusa e propriamente ne' mesi estivi (Luglio, Agosto). Il metodo scelto fu quello del Follin.

Osservare, come afferma il *Siemens*, un forte restringi-

---

(1) Recentissimamente il *Thomsen* e l' *Oppenheim* nello studiare i disturbi del campo visivo nelle malattie del sistema nervoso centrale, riportano delle osservazioni eseguite anche nell' epilessia e da cui risulta che rinvennero un restringimento dopo l'accesso.

(2) Nella scelta degl' infermi è d' uopo regolarmente assicurarsi che l' iride fosse sana.

mento della pupilla nel momento iniziale dell'accesso, non è certamente cosa molto facile; è l'effetto del puro caso poter carpire un sintomo di tal natura; e se si calcoli che fra le tante ricerche eseguite da differenti autori, sulla pupilla nell'epilessia non esiste che l'unica osservazione del Siemens sul fenomeno in quistione, si potrà comprendere come sia raro il poter controllare ciò che venne rinvenuto dal suddetto autore.

Infatti io fin dapprima dico, che sebbene il numero degli epilettici da me studiati non sia stato scarso (40), e quindi mi fu possibile trovarmi presente tutti i giorni al sopravvenire d'un accesso, pure non mi accadde mai poter osservare un restringimento nell'inizio, stante l'istantaneità del manifestarsi dell'attacco epilettico. Certamente però se esiste un restringimento iniziale, esso dev'essere d'una durata minima, d'una fugacità straordinaria, poichè tutte le volte in cui assistetti all'esplicarsi d'un accesso epilettico, per quanto rapidamente mi fossi slanciato per carpire il fenomeno del restringimento, pure non giunsi a tempo se non per osservare già la forte dilatazione dello stadio tonico.

Io quindi non nego l'osservazione del *Siemens*, perchè non mi sono mai trovato in condizioni così favorevoli come avvenne al detto autore; per cui nessun contribuito posso apportare al proposito.

Riguardo alle modificazioni pupillari durante lo stadio tonico e clonico, esse vengono facilmente rilevate; infatti nello stadio tonico l'iride è fortemente dilatata tanto da non scorgersi quasi più attraverso la cornea. La forte eccitazione prodotta mediante il concentramento d'intensi raggi luminosi sulla retina non influisce in questo periodo sull'iride; e ciò è opinione di tutti gli autori: solamente aggiungo, che anche i forti eccitamenti dell'udito non hanno influenza sulla pupilla, apportando que' cambiamenti che a stato fisiologico si possono notare. Quindi grida, rumori ed altri simili espedienti adoperati non valsero a farmi scorgere alcuna modificazione nell'iride. Debbo qui altresì far notare che la dilatazione della pupilla probabilmente è proporzionata all'intensità dell'accesso; poichè ne' leggerissimi attacchi, quasi accessi incompleti che osservai, l'iride non

scomparve perfettamente alla mia osservazione, ma si mostrava in una minima estensione. Il numero di questi brevi e leggerissimi accessi da me osservati non è stato considerevole, ed è perciò che io ne ricavo un corollario probabile. Anche in quest'ultimo caso l'iride non reagiva alla luce, nè ai rumori.

Durante le convulsioni cloniche persiste ancora la dilatazione; però anche qui bisogna fare una distinzione a seconda dell'intensità dell'accesso. In quelli di media intensità ed intensissimi la dilatazione resta la stessa anche nello stadio clonico, e solamente alla fine di questo comincia a notarsi una differenza nel senso che si scorge diminuire la dilatazione; però il carattere saliente di tale diminuizione si è *una lentezza straordinaria.*

Negli accessi leggieri, quando le convulsioni cloniche si esercitano in una sfera molto limitata non solamente, ma con un indice d'intensità minimo, allora si scorge, che la dilatazione non comincia a diminuire propriamente alla fine delle convulsioni cloniche, ma qualche istante prima; ed inoltre la menzionata diminuzione, avviene con minore lentezza.

Nel coma e nello stertore la pupilla osservata a luce molto discreta non si scorge più dilatata ; nei casi leggieri essa reagisce alla luce e si restringe; però tale restringimento avviene lentamente e s'ha bisogno di proiettare un fascio di luce di mediocre intensità.

In tale stadio i rumori non influiscono ancora a produrre alcun cangiamento.

Negli accessi molto intensi, durante il coma, già si è accennato il restringimento, però la reazione della pupilla alla luce non avviene se non con una lentezza straordinaria, e v'è d'uopo d'un considerevole fascio di luce proiettato dall'oftalmoscopio onde ottenere la reazione. Ho notato eziandio, che in questi casi, anche tolto lo stimolo della luce, la pupilla non ritorna immediatamente a dilatarsi; ma *con lentezza.* Si può affermare che in tale periodo la lentezza è un carattere particolare della reazione dell'iride agli stimoli.

Credo essere utile far notare, che nel coma il restrin-

gimento che si produce nel diametro pupillare non è proporzionato all'intensità dell'eccitamento luminoso; infatti a parità di condizioni nella forza dell' eccitamento (paragonato collo stato normale) s'ha, che nel coma l'indice di restringimento dell' iride è minore.

Quando al coma segue il sonno riparatore, la pupilla si restringe maggiormente che nel coma stesso, e la reazione alla luce si compie con minore lentezza.

Se poi dopo il coma e lo stertore l'infermo comincia a risvegliarsi, allora il restringimento della pupilla è molto accentuato, poichè coll'eccitamento della luce esiste tale grado d'iperestesia, che l'epilettico fa energici sforzi per sottrarsi all'eccitamento che tanto lo disturba.

Negl'intervalli tra un accesso e l'altro non posso associarmi alle opinioni emesse dal *L. Carter Gray*, il quale osservava che dopo l'attacco le pupille restavano più dilatate del normale , anche a luce vivissima. A tal riguardo posso affermare dalle mie osservazioni, che le condizioni psichiche post-epilettiche influiscono moltissimo sul modo di comportarsi della pupilla. Quando all' accesso non segue perturbazione psichica di rilievo, la pupilla rimane la stessa come nello stato normale dell'individuo; e ciò avviene, come si comprenderà agevolmente, dopo accessi leggerissimi. Il restringimento della pupilla comincia a notarsi negli attacchi di convulsioni di media intensità ed in quelli intensissimi, a cui seguono quasi sempre disturbi psichici variabili. Quando la depressione psichica è notevolissima il restringimento pupillare è discretamente apprezzabile.

Credo utile far notare, come dopo accessi epilettici molto leggieri, a cui qualche volta segue uno stato di depressione psichica sproporzionato, la pupilla è leggermente ristretta. Questo fatto mi sembra abbastanza interessante , per stabilire l'importanza della depressione psichica sui fenomeni pupillari.

Nei fanciulli tenendo calcolo che fisiologicamente la pupilla è più dilatata che negli adulti, si osservano ancora gli stessi fenomeni, però *relativamente* il diametro pupillare non subisce dei restringimenti molti marcati.

Insisto su questa osservazione, poichè anche quando dopo qualche accesso ha luogo ne' fanciulli una forte depressione psichica non accade che appena un leggerissimo, quasi inapprezzabile restringimento del diametro della pupilla; e ripeto tenendo sempre considerazione ne'fanciulli delle dimensioni del forame pupillare a stato fisiologico. Poichè avendo voluto io fare il paragone dell'indice del restringimento della pupilla ne'ragazzi negli adulti e ne'vecchi, ho creduto sempre tener conto *delle condizioni normali delle pupille nelle singole età.* Riguardo ai cambiamenti più rapidi nel diametro pupillare dopo l' accesso, posso affermare che pochi sono stati i casi in cui li ho notati; ma trattavasí sempre d'individui giovanissimi. Anche in questi epilettici però tali modificazioni non si presentavano costantemente in tutt'i loro accessi. Sicchè non credo doverglisi attribuire grande importanza.

Frattanto un'altra osservazione. Nel corso di queste mie ricerche, che ho sempre praticate alla luce diffusa, volli vedere se, ponendo per poco l' epilettico in un' ambiente pochissimo illuminato, esistesse ancora qualche differenza nel modo come si dilatava la pupilla nello stato normale e come dopo l'accesso. In tal guisa poteva così saggiare la sensibilità di dilatazione delle pupille dopo l'attacco epilettico.

Infatti posto l'infermo in una stanza pochissimo rischiarata, ovvero in una camera oscura illuminata da luce artificiale molto debole, poteva accorgermi che l' indice di dilatazione pupillare col cambiarsi l'ambiente, non rimaneva invariabile in quello stesso infermo prima e dopo dell'accesso. Dopo quest'ultimo la dilatazione era minore. Però tale differenza era apprezzabile in quei casi in cui seguiva all'accesso una notevole depressione psichica. Dopo gli attacchi leggieri nulla notai di rilevante.

Tutte le osservazioni finora da me brevemente accennate intorno al comportarsi della pupilla dopo l'accesso epilettico, non si sono avverate costantemente in tutti gli epilettici da me studiati; posso affermare però, che dopo accessi a cui segue forte depressione psichica, i risultati sono stati costanti. Si notano delle variazioni solamente o dopo leggieri attacchi, ovvero anche quando questi ul-

timi sono di mediocre intensità. Non cito cifre adesso, piuttosto mi riservo di far ciò, quando riporterò le storie cliniche.

Intanto non ho mancato di porre anche attenzione alle differenze, che possono osservarsi tra le due pupille dopo l'accesso. Per vero parecchie volte mi è avvenuto notare delle differenze nell'indice di dilatazione delle due pupille, però tal fatto si avverava specialmente negli attacchi fortissimi di convulsioni epilettiche seguiti da notevoli disturbi psichici. Le mie osservazioni al proposito non sono state numerose.

Da ciò che brevemente ho esposto intorno allo stato della pupilla nell'epilessia, si può scorgere quanto siano molteplici le variazioni di tale organo: le conclusioni ch'io ora voglio ritrarre da queste ricerche vertono specialmente durante la fine dell'attacco e negl'intervalli degli accessi; poichè durante questi ultimi le mie osservazioni concordano in parte con quelle degli altri autori.

1° Nel coma consecutivo ad accessi intensi, è notevole *la lentezza* con cui la pupilla ritorna a dilatarsi dopo un forte eccitamento prodotto dalla luce.

2° La depressione psichica post-epilettica influisce moltissimo sul comportarsi della pupilla negl'intervalli degli accessi.

3° Dopo leggieri accessi nessun cambiamento si avvera nella pupilla, ammeno che non si accompagnino disturbi psichici sproporzionati; in quest'ultimo caso si ha un lieve restringimento.

4° Dopo intensi accessi in cui la depressione psichica è costante (purchè non si abbia delirio) è apprezzabile un restringimento della pupilla. Tale fenomeno è incostante negli accessi di media intensità.

5° Esistendo il restringimento, qualora si pone l'epilettico in un ambiente pochissimo illuminato, la pupilla non si dilata tanto, quanto avviene normalmente nello stesso individuo.

6° Non sono nè costanti nè frequenti *i cambiamenti rapidi* nel diametro pupillare dopo l'accesso epilettico.

II. *Condizioni dei vasi del fondo dell' occhio.* — Riassumo le norme tenute nel praticare le ricerche.

Prima di tutto è d'uopo che l'epilettico non sia affetto da nessuna malattia endoculare, come pure da altra esteriore infermità, che fosse d'impaccio ad una esatta investigazione oftalmoscopica. Nel fare la scelta degl'infermi su cui voglionsi eseguire tali ricerche, è utile preferire coloro in cui la data di sviluppo del morbo è più recente, ond'evitare d'incontrarsi in profonde alterazioni psichiche permanenti, le quali sono così facili a trovarsi ne'casi inveterati di epilessia. In verità ne' manicomii dove ordinariamente si fanno tali studi, non è sempre facile riunire molti casi di epilessia recentissimi, poichè gl'infermi vi entrano quando la malattia data già da qualche tempo; in tutt'i conti io ho preferito sempre i più giovani, e posso affermare che non mi son mancati molti casi in cui non esisteva alcuna notevole alterazione psichica. Infatti ho avuto parecchi epilettici fanciulli; naturalmente ho eseguito le mie ricerche anche su' vecchi, tanto per scorgere le differenze del comportarsi de' fenomeni, come pure per seguire la malattia in tutt'i suoi stadi.

La prima osservazione all'oftalmoscopio è necessario praticarla nel momento più lontano dall'ultimo accesso, quando l'epilettico non presenta i transitorii disturbi psichici post-epilettici.

Nei casi di recente epilessia è facile trovare infermi che restano liberi d'ogni accesso per un mese ed anche più; si comprenderà che quest'è l'epoca propizia all'osservazione endoculare.

Molti nel praticare l'osservazione all'oftalmoscopio instillano, una mezz'ora prima, nell'occhio poche gocce d'una leggiera soluzione di atropina, onde, dilatata la pupilla, riesca facile l'investigazione. Si comprende agevolmente che liberandosi dall'impaccio dell'iride, il fondo dell'occhio si scorge molto chiaramente ed in una notevole estensione; però io credo che in una malattia a manifestazione istantanea com'è l'epilessia, sia meglio abituarsi ad osservare il fondo dell'occhio senza previa dilatazione della pupilla; poichè se ad esempio si vuole praticare l'osservazione all'oftalmoscopio immediatamente dopo l'accesso, o durante il coma, quando la pupilla è già ristretta, non si attenderà

che si dilati prima l'iride, poichè durante l'attesa potrebbe dileguarsi qualche fenomeno importante. Una lunga pratica all'oftalmoscopio fa sì, che una notevole estensione del fondo dell'occhio sia visibile anche a pupilla non dilatata. D'altra parte si evita altresì la ritrosia dell'infermo, che facilmente si spaventa de' transitori effetti prodotti dalla temporanea dilatazione della pupilla. (1) Insisto qui sull'osservazione di adoperare sempre un grado d'intensità di luce *costante*, conoscendosi benissimo, come variando il grado di luce, varia eziandio il colorito del fondo dell'occhio. Infatti con una luce intensa, l'immagine è d'una colorazione più viva, d'un rosso più puro, presenta i suoi elementi più netti e più distinti; laddove con un debole mezzo illuminatore l'immagine è un po' oscura, con i dettagli meno precisi.

Adunque scelto come ho detto il momento favorevole, si esegua la più esatta e precisa ricerca all'oftalmoscopio, cercando d'impressionarsi bene delle condizioni dei vasi del fondo dell'occhio. Si noti quindi dapprima la papilla, il grado suo di vascolarizzazione, la grossezza ed il numero de' vasi che la solcano; poscia si studino bene le condizioni delle parti periferiche della retina, in tutta quella estensione che permette l'iride, notando la trasparenza della retina stessa; si cerchi scolpire nella mente il colorito generale e la grossezza de' vasi vorticosi. In brevi termini l'osservatore deve mettersi nella condizione di non dimenticare l'aspetto generale e particolare dei vasi del fondo dell'occhio in quel tale infermo, e nello stato in cui si trova nel giorno della prima osservazione, ond'essere in grado di poter notare con la maggiore esattezza ne'giorni seguenti le modificazioni visibili avvenute.

Da ciò si scorge come non si possono iniziare tali osservazioni contemporaneamente in molt'infermi, poichè si rischierebbe incorrere in errore, confondendo le condizioni

---

(1) Parecchi epilettici a cui instillai qualche goccia di soluzione di atropina, si rifiutarono energicamente ne'giorni successivi a sottoporsi all'esperimento, per cui fui costretto ad abbandonare tale metodo.

de' vasi d'un epilettico con quelli d'un altro. È preferibile quindi cominciare tali ricerche in pochi e poscia in seguito familiarizzandosi a tal sorta di osservazioni, accrescere il numero degl'infermi.

Prima d'andar oltre credo fare osservare che il grado di vascolarizzazione dei vasi del fondo dell'occhio è relativo ad ogni individuo; l'osservatore deve ancora tener conto dell'età dell'infermo, conoscendosi quali modificazioni si avverino nei vasi degl'individui inoltrati negli anni, come pure è da osservarsi la pigmentazione della coroidea. Infatti si sa che la retina normale è trasparente e resta invisibile all'esplorazione. La struttura della coroidea poi, e sopratutto la distribuzione relativa del pigmento nei diversi strati di essa influisce sull' aspetto dell'immagine, il cui colorito rosso è dovuto all' illuminazione de' vasi coroidei. Si comprenderà bene quindi, che trovandosi ad esempio lo strato pigmentario in abbondanza, il fondo dell'occhio risulterà d'una tinta rosso oscura uniforme. Ciò è importante per le modificazioni successive che debbonsi rilevare.

S'intende bene ch'è d'uopo sieno numerose le osservazioni che si praticano a stato normale dell'epilettico, onde impressionarsi vieppiù meglio del fondo dell'occhio di quel determinato infermo.

In tal guisa io ho cominciato le mie ricerche all'oftalmoscopio, segnando sempre l'ora dell'osservazione e notando in iscritto i risultati della mia investigazione. Naturalmente non ho dimenticato di trascrivere l'ora in cui era avvenuto l'accesso, la durata di esso, l'intensità, i fenomeni speciali che l'aveano preceduto od accompagnato; se dopo era seguito delirio o furore o semplice storditezza, e la durata altresì di questi sintomi. In tal modo mi corredava di tutte quelle notizie che potevano riuscire importanti per le mie ricerche, e d'altra parte aveva anche pronto tutto ciò, che fosse stato necessario a compilare in seguito una esatta e completa storia clinica.

Esposte così brevemente le norme che mi sono state di guida nelle mie osservazioni, vengo ad esporre i risultati ottenuti.

Si comprende agevolmente quanto sarebbe vantaggioso poter assistere fin dall' inizio dell'accesso all'osservazione delle modifiche nelle condizioni dei vasi del fondo dell'occhio; avremmo uno specchio in cui si vedrebbe stereotiparsi un quadro de' disturbi circolatori che hanno luogo. Per sfortuna però ciò è molto raro, poichè è tale l'istantaneità con cui si manifesta l'accesso ed il subentrare delle convulsioni toniche, che non si ha il tempo di percepire i primi fenomeni che si avverano nelle condizioni vasali, proprio nell'inizio dell'accesso. Come pure durante lo stadio di convulsioni cloniche intense com'è possibile pratticare l'osservazione all'oftalmoscopio?

Io quindi non posso controllare la ricerca di Echeverria il quale affermò, che col manifestarsi dell'accesso coincideva una forte contrazione dei vasi del fondo dell'occhio, poichè bisognerebbe che mi fossi trovato ad eseguire l'osservazione oftalmoscopica proprio quando l'infermo era preso dall'accesso. Il che è raro, e poscia è d'nopo supporre, che in quell' istante l'infermo non abbia chiuso gli occhi, nè mosso il capo come ordinariamente avviene; tutte condizioni favorevoli queste le quali sono difficilissime a riscontrarsi, come ognuno comprenderà.

Molte volte mi è avvenuto che mentre praticava le mie osservazioni su differenti epilettici, qualcuno di questi è stato colto da un accesso; allora naturalmente mi sono affrettato colla massima sollecitudine a cercare di carpire in quell'istante qualche fenomeno coll'oftalmoscopio, e prostrato a terra ho tentato di osservare, durante il periodo tonico, le modificazioni, che apparivano ne' vasi del fondo dell'occhio. Però quasi tutte le fiate o le convulsioni cloniche subentrando rapidamente alle toniche, o l'intensità di esse hanno ostacolato l'esecuzione delle mie ricerche, e dovetti accontentarmi di assistere allo svolgimento del dramma epilettico, fortemente rimpiangendo di non poter carpire que' momenti preziosissimi, che forse avrebbero apportato un importante contributo alla Patogenesi dell'epilessia.

Due volte solo mi è stato possibile di potere rapidamente osservare i vasi del fondo dell'occhio di epilettici durante il periodo tonico dell'accesso, ma per poch'istanti:

ebbene i loro vasi nulla presentavano di anormale. Però tale ricerca mi è stata possibile praticarla soltanto due volte e in troppo breve tempo, per cui non oserei ritrarne un corollario, il quale dovrebb'essere basato su molteplici investigazioni, che io cercherò in seguito eseguire, qualora mi trovassi in più favorevoli condizioni.

Non manco di differenti ricerche eseguite durante la fine delle convulsioni cloniche di accessi leggerissimi, quando coadiuvato da qualche assistente ho avuto l'agio di osservare ciò che segue.

La pupilla ancora abbastanza dilatata sul finire delle convulsioni cloniche offre un campo esteso all'investigazione; l'infermo non avverte nessun disturbo dalla concentrazione dei raggi luminosi proiettati dall'oftalmoscopio; la palpebra viene sollevata per quanto più è possibile, e sebbene i globi oculari sieno un pò rivolti in sù, pure la ricerca si può benissimo eseguire.

Ed allora si scorge che i vasi e arteriosi e venosi disegnano più nettamente i loro contorni; delle nuove ramificazioni sono visibili; i vasellini la cui esistenza prima dell'accesso era ipotetica, diventano apprezzabili; la papilla è solcata da vasi più dilatati di prima, ed offre un colorito rosso intenso; i vasi contorti altresì si dilatano a vista d'occhio; mano mano tali modifiche si accentuano vieppiù, il fondo dell'occhio acquista un colorito molto fosco stante la crescente dilatazione. È una serie di fenomeni che si svolge sotto gli occhi dell'osservatore.

Ma giunti a questo punto, e ciò negli accessi leggieri di epilessia, l'infermo comincia a muovere gli occhi e la testa; la luce non viene più tollerata; la pupilla già reagisce di nuovo; all'anestesia succede un grado d'iperestesia tale alla luce, che l'osservazione all'oftalmoscopio diventa impraticabile. Volendo continuare assolutamente la ricerca, l'infermo comincia a dimenarsi, a lamentarsi a gridare in modo ch'è inutile ostinarsi. È meglio pazientare un pochino. Ed allora ritornando ad osservare il fondo dell'occhio, si vedrà che il colorito generale è divenuto più fosco, che la dilatazione vasale si è accentuata dippiù;

le modificazioni sono troppo evidenti per poter sfuggire all'occhio dell'osservatore.

In coloro in cui il pigmento della caroidea è abbastanza o molto sviluppato, sembrerà a prima vista che non esistesse un grado rilevante d'iperemia, appunto perchè il pigmento non fa scorgere facilmente anche i minimi capillari; ma ad un osservatore che ha eseguita già la sua ricerca a stato normale sullo stesso individuo, non potrà sfuggire ogni benchè piccola differenza avvenuta; e sarà tanto più colpito, quando scorgerà de' vasi di discreto volume là dove prima non esistevano.

Dunque è una vera iniezione vasale e arteriosa e venosa che si manifesta.

Mi mancano osservazioni praticate durante la fine delle convulsioni cloniche, su epilettici in seguito ad intensissimi accessi.

Intanto quali sono le modificazioni che si avverano nelle condizioni de' vasi del fondo dell'occhio nelle ore consecutive all'accesso? In questo caso le mie ricerche sono state numerosissime.

L'iniezione vasale non è temporanea; il colorito generale più fosco del normale non si dilegua rapidamente. Esso persiste per un tempo che varia a seconda dell'intensità dell'accesso.

Dopo un attacco epilettico leggiero se l'osservatore esegue la sua ricerca qualche ora dopo, sicuramente troverà una differenza apprezzabile, tanto da poterla rilevare e dire che non è normale, o meglio affermare che in generale il colorito è diventato più intenso di quello ch'era prima dell'accesso.

Negli attacchi epilettici di media intensità l' iniezione vasale è visibile un maggior numero di ore dopo; sempre già s'intende in rapporto allo stato normale precedente.

Naturalmente io non fo menzione di quei casi in cui è seguito delirio all'accesso.

L'iniezione vasale adunque è molto apprezzabile ne' casi di media intensità, anche parecchie ore dopo l'accesso. Si è in questi accessi che si scorgono delle modificazioni nella retina, in quanto che l'indice di trasparenza è notevolmente

diminuito. Nelle ore prossime all'accesso si scorgerà come annebbiata ; è una vera infiltrazione sierosa che ha luogo e ch' è molto apprezzabile, specialmente ne' punti in cui i vasi sono più numerosi e più grossi. Anche nella papilla stessa può notarsi un lieve grado d' infiltrazione sierosa.

Se l'osservazione in questi casi viene praticata parecchie ore dopo l'accesso , se quest' ultimo ha avuto luogo nella notte, nel mattino seguente da'fenomeni ora descritti si può argomentare che la notte probabilmente l'infermo è stato colto da un attacco epilettico.

E ciò quando l' osservatore conosce bene le condizioni vasali del fondo dell'occhio di quel dato individuo a stato normale.

Questi fenomeni quì riportati, e che sono stati osservati ne' casi di media intensità non si dileguano molto facilmente ; ed io credo dover ritornare su tale argomento della durata , poichè m'importa fare osservare se lo stadio congestivo del fondo dell'occhio si comporti egualmente in tutto gli accessi, sempre di quella determinata intensità, ovvero esistano delle cause che possono prolungare la durata de' fenomeni in quistione. Come si scorge, tale osservazione è molto interessante, ed io non mancherò di trattarla tra breve.

Continuiamo intanto lo studio delle modificazioni che hanno luogo nelle ore che seguono ad accessi intensissimi.

In questi casi il colorito è sempre più notevole a misura che l' osservazione viene praticata in ore più prossime all'accesso ; in molti casi la papilla è così fortemente arrossita, che appena appena è possibile distinguerne gli orli. Anche qui la retina perde di molto la sua trasparenza , poichè esiste un grado d'infiltrazione sierosa apprezzabilissima anche nella papilla. Insisto su questa infiltrazione sierosa, che a preferenza ha luogo nell'epilessia d'antica data quasi costantemente; anche nell'epilessia recente l' ho notata qualche volta ma non costantemente.

In questi accessi intensissimi non è raro poter financo osservare molte circoscritte emorragie capillari, che a preferenza io ho notato nell'epilessia inveterata.

Si è sempre in questi attacchi fortissimi di cui ora ci

occupiamo, che l'infermo accusa come se un velo innanzi agli occhi gli ostacolasse la visione, ed afferma di avvertire spesso delle punture dolorose nell'interno dell'occhio.

Ripetendo l'osservazione anche 24 ore dopo un accesso di tale intensità, si potrà vedere che le condizioni vasali non sono ripristinate, e molte volte è d'uopo attendere più d'un giorno, prima che la circolazione del fondo dell'occhio sia ritornata al normale.

Intanto mi si domanderà certamente se esistono delle differenze nell'aumento di vascolarizzazione fra' due occhi dopo l'accesso epilettico. Io nell'eseguire le mie ricerche non ho mancato di porre attenzione a ciò, ond'essere in grado di rispondere a tale dimanda. In qualche caso semplicemente mi fu dato di notare una differenza rimarchevole; però posso affermare da' numerosi casi da me osservati, che tale differenza non è frequente, o se esiste per lo più e poco apprezzabile.

Nello studiare tali differenze non ho mancato regolarmente di guardare bene se uno degli occhi fosse ipermetropico.

Intanto avendo avuto l' agio di fare le ricerche anche sù epilettici di 40, 50 anni ho cercato di vedere se esistesse qualche differenza nel modo di comportarsi della vascolarizzazione de' vasi del fondo dell'occhio nell'età accennata, posta in paragone de' casi di epilessia ne' fanciulli e ne' giovani. Esiste sempre negl'individui in discorso un grado di vascolarizzazione apprezzabile de' vasi del fondo dell'occhio dopo un accesso epilettico; però paragonati a parità di condizioni, riguardo l'intensità dell'accesso, un giovane ed un uomo inoltrato negli anni, dopo molteplici investigazioni sarà facile accorgersi: che nel giovane l'iperemia è più accentuata non solo, ma eziandio più persistente. S'intende bene che questo paragone va fatto relativamente; poichè bisogna tener conto della normale vascolarizzazione del fondo dell'occhio di ciascuno individuo secondo le diverse età.

A colui che esegue delle numerose ricerche all'oftalmoscopio sugli epilettici, e non trascuri nello stesso tempo un esame psichico minuto e preciso, potrà accorgersi che

esiste una relazione costante e ben proporzionale tra il grado di depressione psichica e la vascolarizzazione dei vasi del fondo dell'occhio. Tale rapporto comincia a risaltare quando gli accessi epilettici sono di media intensità e fortissimi, come pure in quelli leggieri che cagionano una rilevante depressione psichica. Mi è stato possibile constatare che la congestione de' vasi del fondo dell' occhio si riscontra tanto più intensa per quanto più notevole è la depressione psichica. Alcune volte dopo un leggerissimo accesso, quando si avvera una considerevole sproporzione tra l'intensità di esso e l' effetto consecutivo nel campo psichico, il grado di congestione del fondo dell'occhio non era proporzionale alla forza dell'accesso, come di solito avviene, ma era aumentato. E la durata eziandio di essa vascolarizzazione era maggiore. Io insisto su questo punto della coesistenza della depressione psichica coi fenomeni di cui ora mi occupo, poichè la mia attenzione è stata attratta sul fenomeno in parola, dal fatto che negli accessi di media intensità, quando non esistono rilevanti disturbi psichici, s'ha una congestione, però questa ha una durata minore di quel che avviene, quando vi coesiste depressione psichica. (1)

Tutto ciò che finora si è detto sull'esame oftalmoscopico del fondo dell'occhio, riguarda gli accessi epilettici tipici a convulsioni toniche e cloniche, con perdita di coscienza ecc. che costituiscono lo stato di *grand mal;* vediamo ora se nelle forme di *petit mal (vertigini ed assenze)* esistono ancora delle differenze apprezzabili coll' oftalmoscopio.

Qui le difficoltà dell' osservazione sarebbero minime, e le ricerche potrebbero eseguirsi benissimo fin dall' inizio non essendovi, specialmente nelle assenze, alcun movimento che le disturbasse; però vi sono delle circostanze che rendono la pratica molto delicata. Infatti manca la sindrome drammatica caratteristica della forma convulsiva pre-

(1) Non è questo il momento di discutere se è la congestione vasale che cagiona la depressione psichica o viceversa; mi riserba far ciò in seguito nell'interpretazione de'fatti osservati.

cedentemente accennata ; per lo più trattasi d'un istante; inoltre molti di questi accessi facilmente sfuggono all'osservazione dei custodi de' Manicomii. Sicchè spesso non si può stabilire *quando* l'individuo ha avuto quel determinato accesso.

Per cui, a praticare una ricerca completa in tali casi, bisogna essere tanto fortunati di trovarsi coll' oftalmoscopio pronto, con tutte le condizioni favorevoli a ben eseguire l'osservazione. E qui ripeto ciò che ho detto a proposito degli attacchi di *grand mal;* poter sorprendere il momento iniziale dell'accesso è opera del puro caso. Io confesso di non aver potuto carpire i fenomeni del momento iniziale ; però non mi mancano ricerche praticate durante il breve accesso. Qualche volta mi è avvenuto che mentre eseguiva l'esame oftalmoscopico a parecchi epilettici, qualcuno di questi fu colto da un accesso di *petit mal* (1) ; naturalmente mi affrettai a fare l'osservazione dei vasi del fondo dell'occhio durante l'accesso. Ebbene anche qui esisteva un grado di congestione leggerissima, la quale però appariva chiarissima. Poche volte mi sono trovato in occasioni così favorevoli da poter eseguire comodamente l'osservazione durante l'accesso; sono però sicurissimo della ricerca, che per me ha gran valore, perchè praticata in circostanze in cui il dubbio era da bandirsi del tutto. È naturale che non mancai di porre attenzione alla durata del fenomeno descritto, onde cercare di stabilire una relazione con gli accessi di *grand mal*. Anche negli accessi di *petit mal* la congestione non è fugace.

Cinque volte mi fu dato di eseguire l'esame oftalmoscopico durante l'accesso (3 volte nelle assenze e 2 nelle vertigini) e fu in tale occasione che studiai l'infermo nelle ore successive; ebbene la congestione nelle *assenze* dopo 20 a 30 minuti era sparita; nelle vertigini durava dippiù;

---

(1) Quando si fanno delle ricerche simili su' numerosi epilettici, quasi tutt'i giorni si avverano in parecchi le convulsioni, e quindi l'opportunità di eseguire l'osservazione oftalmoscopica immediamente dopo l'accesso. Se si ha l'accortezza di tenere nella stanza, preparata per tali ricerche, una decina d'infermi tutti i giorni, sarà facile trovarsi presente all'esplicarsi di qualche accesso epilettico.

però dopo mezz'ora o poco più non fu possibile scorgere più nulla di anormale. Volendo mettere tale congestione in relazione con quella che si scorge negli accessi con convulsioni toniche e cloniche, si può dire, che per rapporto ad intensità è sempre minore di quella che osservasi anche nei più leggieri accessi di *grand mal*, di cui innanzi ho tenuto parola; ed anche per la durata è molto minore.

E qui credo utile a proposito d'intensità di congestione negli accessi di *petit mal* di riferire un caso da me osservato, il quale sebbene unico pure non è privo d'interesse, poichè dimostrerebbe che gli accessi ripetuti a breve distanza di *vertigini* ed *assenze* inducono uno stato duraturo di congestione de' vasi del fondo dell'occhio. Infatti mi fu dato una volta di osservare un epilettico, Salvatore U.... giovane a 30 anni il quale andava soggetto ad accessi di *grand mal* e *petit mal*, ed in cui nello spazio d'un'ora e mezza si verificarono sei *assenze*; in costui all'esame oftalmoscopico venne riscontrato una forte iniezione vasale, la quale dopo tre ore persisteva quasi colla stessa intensità. Il giorno appresso non potetti più tener dietro a questa congestione, perchè il suddetto epilettico ebbe la notte un attacco a convulsioni toniche e cloniche; sicchè lo stadio congestivo consecutivo che osservava, non poteva più metterlo in relazione semplicemente colle assenze. Ho accennato questo fatto per far rilevare l'importanza che si deve attribuire alle varie forme di accessi di *piccolo male*. Mi dispiace di non pòter riportare numerosi casi di questo genere; poichè molte volte accessi di *gran male* hanno disturbato le mie ricerche sulle vertigini e sulle assenze; però dall'avere osservato sempre uno stato di congestione nei vasi del fondo dell'occhio, anche nelle vertigini e nelle assenze, credo che il suddetto caso sia di gran valore benchè unico, e che mi autorizzi a ricavarne il corollario: che gli accessi ripetuti di vertigini o assenze determinano uno stato d'iperemia ne' vasi del fondo dell'occhio, la quale si protrae per un tempo più o meno lungo.

Ecco adunque i risultati generali delle mie ricerche

cliniche pratticate su 40 epilettici, per ciò che riguarda l'articolo: « *condizioni de' vasi del fondo dell'occhio nell'epilessia* ». Sull'interpretazione di tutt'i fenomeni osservati al proposito, io mi dilungherò dopo che avrò esposti gli altri studi eseguiti sul *campo visivo* ecc.

Per ora mi limito semplicemente a riportare le conclusioni principali che emergono dal fin quì detto:

1° Dopo un accesso epilettico esiste congestione dei vasi del fondo dell'occhio.

2° Il grado di congestione è in ragion diretta dell'intensità dell'accesso.

3° La congestione non è fugace, ma ha una durata variabile, a seconda dell'intensità dell'accesso.

4° Con una intensa depressione psichica coesiste una maggiore *accentuazione* e durata della menzionata congestione.

5° Nelle vertigini ed assenze epilettiche il grado di congestione è minore di quello che ha luogo nelle forme a convulsioni tonico-cloniche ecc.

6° È raro osservare dopo l'accesso una marcata differenza nel grado di congestione de'due occhi.

7° Conoscendo bene la vascolarizzazione del fondo dell'occhio d'un epilettico a stato normale, dal grado di congestione che si ritrova all'oftalmoscopio, si può argomentare che probabilmente ha avuto luogo un accesso epilettico.

Campo visivo. — È il campo visivo *monoculare* di cui noi ci occupiamo; esso può definirsi « l'estensione dello spazio d'onde noi possiamo ricevere una impressione luminosa, restando l'occhio immobile e lo sguardo fisso ». L'estensione del campo visivo vien modificato ne' diversi individui specialmente dalle disposizioni variabili delle parti che circoscrivono l'apertura orbitaria (1). Infatti considerando i limiti angolari del campo visivo nelle quattro direzioni principali, sarà facile accorgersi come l'angolo esterno o temporale è il più grande, per cui non v'è nessun ostacolo da questa parte all'arrivo de' raggi luminosi (circa

(1) Anche le variazioni del diametro pupillare influiscono al riguardo.

90°). Al contrario l'angolo interno è il più piccolo e variabile a seconda delle dimensioni del naso (40°, 45° fino a 55°). L'angolo inferiore può giungere fino a 70°, 75°. Il superiore poi o *frontale* è in rapporto collo sviluppo dell'arcata orbitaria e del sopracciglio (1). Ho creduto utile qui accennare brevemente alle cause principali che possono modificare l'estensione del campo visivo ed a preferenza ho ricordato quelle, diciam così esterne, poichè si conosce benissimo quanto sia facile trovare negli epilettici delle modificazioni spesso rilevanti nel sistema osseo. Infatti chi ha avuto l'agio di vedere molti di questi infermi, avrà potuto accorgersi e della frequente sporgenza rimarchevole delle arcate orbitarie, e dello sviluppo delle ossa nasali e del vomere; condizioni queste le quali influiscono certamente sull'estensione del campo visivo.

Nel praticare queste ricerche io penso doversi mettere da banda quei processi approssimativi che sono, è vero, sempre alla portata di tutti, ma a discapito della precisione; per cui non ho preferito *la misura colle dita*, *l'apparecchio di Barthelemy*, *il campimetro di Wecker* ecc. servendomi del *perimetro*; poichè a misurare esattamente il campo visivo, il punto di fissazione e l'indice mobile debbono essere, in tutte le direzioni, alla stessa distanza dal punto nodale dell'occhio in esame. È in queste condizioni solamente che l'immagine retinica conserva durante l'esplorazione la stessa grandezza e la stessa intensità luminosa. È su questi dati che Aubert e Förster costruirono i primi perimetri, che poscia si moltiplicarono. Io ho adoperato quello di Badal, di cui mi astengo dal farne la descrizione essendo a tutti ben noto.

Ma nell'eseguire le ricerche del campo visivo negli epilettici, è d'uopo prima di tutto accertarsi che non esistano disturbi in particolar modo delle membrane interne, che ne alterino rapidamente la forma e le dimensioni. Tale è il caso dello scollamemto della retina, del glaucoma, della

---

(1) La proiezione del campo visivo sù d'una superficie piana è una ellissi irregolare di cui il grand'asse è obbliquo d'alto in basso e di dentro in fuori.

retinite pigmentaria ecc. Come pure si tenga conto dell'alto grado di miopia o presbiopia, che può modificare, com' è noto, in modo variabilissimo l'estensione del campo visivo.

Io ho accennato tali osservazioni, le quali benchè conosciute da tutti, pure è indispensabile ricordarle onde sceverare qualunque causa di errore.

Intanto credo utile far prima d'ogni altra cosa considerare , che la ricerca col perimetro non è sempre possibile in tutti gli epilettici ; spesso riescono vani gli sforzi che si tentano onde far comprendere a tali infermi, il modo come debbono comportarsi per l'investigazione. Io certamente qui non intendo parlare di quegli epilettici che hanno già subito profonde alterazioni psichiche, come demenza ecc., perchè non atti alla ricerca. Ma fò notare che anche in qualche fanciullo mediocremente intelligente in cui le facoltà mentali non erano molto alterate, spesso mi fu impossibile eseguire la ricerca del campo visivo, perchè estremamente *bugiardi* ; sicchè dovetti rinunziare a praticare tale osservazione, onde non incorrere in errore. E mi era facile accorgermi dell'inganno in cui io era tratto per il *controllo*, che sempre eseguiva; riuscì vano ogni mio sforzo per questi fanciulli, onde avvalermi di essi a tale ricerca; la loro tendenza morbosa fu un ostacolo insuperabile per le più pazienti cure adoperate, onde riuscire nell'intento; sicchè mi dovetti arrendere e li tralasciai per tali osservazioni.

Di 40 epilettici da me scelti nel Manicomio Sales tra quelli che presentavano le condizioni più opportune alle osservazioni endoculari , solamente 26 potettero essere utilizzati per le ricerche sul campo visivo.

Adunque preposte queste considerazioni ch'io ho creduto necessario esporre, vengo a sviluppare i risultati ottenuti, accennando nello stesso tempo il metodo con cui ho proceduto nel corso delle ricerche.

Anche qui è d'uopo eseguire la prima ricerca nel momento più lontano dell'accesso, e a non ripetere ciò che ho già detto nell'esame delle condizioni del fondo dell'occhio accenno semplicemente, che la prima osservazione è a praticarsi quando l'infermo è nelle migliori condizioni fisiche

e morali, tenendo sempre conto dell'ora in cui si fa la ricerca, del tempo decorso dell'accesso ecc., tutte quelle particolarità già innanzi accennate.

Coll'eseguire diciam così a stato normale questa prima ricerca sull'epilettico, si raggiunge lo scopo di ottenere uno schema dell'estensione del campo visivo di quel dato infermo; è ciò sarà utile per le future osservazioni, in cui si potrà in tal guisa stabilire un termine di paragone, e calcolare anche in gradi la modificazione avvenuta.

Nel corso di queste mie ricerche ho tenuto come massima essere necessario far riposare spesso l'infermo in esame ond'evitare la stanchezza dell'organo visivo consecutiva alla continua fissazione; ed inoltre il *controllo* del risultato ottenuto. In tal guisa si potrà essere sicuri di non ingannarsi.

Intanto è d'uopo che faccia qui notare, come l'esame del campo visivo non può sempre praticarsi dopo l'accesso epilettico; anzi credo essere di qualche utilità fare la distinzione se trattasi d'un accesso leggiero, di media intensità o fortissimo.

Infatti dopo un accesso leggiero in cui le convulsioni toniche e cloniche si esercitano con intensità minima ed in una sfera limitata, poichè per lo più i disturbi psichici consecutivi sono di leggiera importanza, dando tempo all'epilettico di rimettersi, una mezz'ora dopo si potrà eseguire l'osservazione. Non mancano casi, nè sono rari, in cui dopo l'accesso anche leggiero i disturbi psichici sono diciam così sproporzionati, in modo da rendersi difficile l'esame; in tutt'i conti però controllando ripetutamente i risultati che si ottengono si cercherà di non ingannarsi.

Negli accessi di media intensità ed in quelli fortissimi l'esame del campo visivo eseguito immediatamente dopo riesce addirittura impossibile. Lo stordimento in questi casi è tale da rendere impraticabile l'osservazione. Certamente non si può assegnare un tempo determinato in cui l'esame si rende poi eseguibile; solamente posso assicurare che in soggetti giovani mi è avvenuto spessissimo di poter praticare la ricerca mezz'ora, o un'ora dopo l'accesso di media intensità; laddove altre volte nemmeno tre o quattro ore

dopo era possibile ciò fare per la profonda depressione psichica. Del resto io non ho mancato mai nel tracciare sulla carta la proiezione del campo visivo, d'indicare l'ora trascorsa dell'accesso, onde poter stabilire una relazione tra' diversi tracciati ottenuti.

Adunque avvenuto l'accesso vediamo quali sono le modificazioni determinatesi ne' limiti del campo visivo.

Ed anche qui mi veggo costretto a fare un'altra distinzione, sempre in riguardo all' intensità dell'accesso. Per vero fin dapprima posso affermare che: *dopo un accesso epilettico a convulsioni toniche, cloniche ecc. è costante il trovare all'esame perimetrico un restringimento del campo visivo.* Ma ho bisogno di fare appunto la sù menzionata distinzione perchè il restringimento del campo visivo post-epilettico varia nel grado a seconda dell' intensità dell'accesso.

Adunque dopo un leggiero accesso quando non esistono disturbi psichici rilevanti e l'osservazione viene praticata col perimetro, appena che le condizioni dell' infermo lo permettano, si otterrà sulla carta un tracciato del campo visivo il quale paragonato a quelli diciam così normali ottenuti ne' giorni più lontani dall'accesso, sullo stesso infermo, si vedrà evidentemente più ristretto. Tale restringimento è discreto e variabile nei diversi individui; nè perciò si può indicarne il grado che potesse convenirsi a tutti. Le tavole ch'io riporterò in seguito chiariranno meglio ciò ch'io qui ho voluto esprimere, e in ciascuna storia clinica si potrà osservare un quadro da cui si rileverà il grado di restringimento che si otteneva in ogni singolo epilettico dopo l'accesso.

Credo utile far notare qui la necessità di segnare l'ora dell'attacco e quella dell'esame del campo visivo, onde vedere dopo quanto tempo è stata praticata l' osservazione. E ciò perchè i limiti del campo visivo offrono una piccola variazione dipendente dal tempo trascorso dall'accesso. In modo che il tracciato ottenuto per es. un'ora dopo l'attacco convulsivo, differirà certamente da quello che risulterà aversi cinque, sei ore dopo, ecc.; e sarà chiaro che nel primo il restringimento sarà più accentuato.

Dopo un accesso epilettico di media intensità appena che l'osservazione è praticabile si nota un forte restringimento del campo visivo. La differenza risalta notevolmente quando si paragoni col tracciato normale, quello ottenuto dopo l'attacco. È qui che bisogna essere molto attenti quando si esegue l'osservazione perimetrica, e controllare a più riprese l'infermo. Come pure è mestieri farlo riposare molto spesso durante l'osservazione, poichè la stanchezza sopravviene molto facilmente. Anzi ho potuto notare che dopo l'accesso epilettico l'infermo non può fissare a lungo un dato oggetto senza stancarsi di molto e vedere quindi confuso. Ciò ha luogo specialmente negli accessi di media intensità ed in quelli fortissimi.

A tal proposito mi permetto di fare qualch'altra osservazione.

Siccome vedremo in appresso che esistono dei disturbi nel riconoscimento dei colori dopo gli accessi epilettici d'una determinata intensità, così è utile che si adatti al cubo mobile del perimetro di Badal quel colore che meglio vien riconosciuto dall'infermo. Del resto non è che a rivolgersi un lato del cubo più che un altro, perchè nel suddetto perimetro le quattro facce del cubo rappresentano quattro colori differenti.

Evidentemente il restringimento che ha luogo dopo un accesso di media intensità è più forte di quello che si nota dopo un leggiero attacco; a rilevare ciò basta semplicemente paragonare i due tracciati.

Infine dopo un accesso fortissimo, qualora i disturbi psichici non siano esuberanti, in modo da impedire l'osservazione, si scorgerà il campo visivo ristretto in maniera notevolissima. L'esame diventa delicato dopo tali accessi, e l'osservatore dev'essere guardingo e procedere con scrupolosa esattezza, onde non incorrere in errori. Questi sono i risultati che si ottengono eseguendo le ricerche sul campo visivo nell'epilessia.

Ora è d'uopo vedere la durata di tale fenomeno.

Il restringimento del campo visivo dopo un accesso epilettico *non è fugace*. Esso ha una durata la quale non è costante, ma variabile a seconda:

a) dell'intensità dell'accesso

b) del grado di depressione psichica.

Questa è una legge ch'io ho osservata in tutt'i miei casi sempre costantemente, e si è perciò che mi veggo autorizzato ad enunciarla fin dapprima.

Ed infatti qualora si tratti ad esempio d'un leggiero accesso e si pratichi l'osservazione qualche ora dopo di esso, si potrà notare che il restringimento persiste sebbene in grado minore, che non qualche tempo prima. Non esistendo disturbi psichici di rilievo, si vedrà come in questi accessi il restringimento si va dileguando mano mano fino a scomparire del tutto. Nè io posso assegnare delle ore determinate, dopo le quali tutto ritorna al normale ; poichè ciò dipende non solo a secondo dei diversi individui, ma eziandio da altre circostanze che vedremo in appresso. Si può in generale affermare, che quanto più è intenso l'accesso, per altrettanto il fenomeno del restringimento è più duraturo.

Negli accessi di media intensità anche parecchie ore dopo, si può notare la diminuzione dell'estensione del campo visivo ; se l'attacco ha avuto luogo la notte, nel mattino seguente si potrà certamente constatare il restringimento. E così ancora per gli accessi intensissimi dove il fenomeno dura più lungo tempo ; però in questo caso ha luogo una rilevante *depressione psichica*, col prolungarsi della quale il restringimento dura maggiormente.

Credo abbastanza interessante tale osservazione per non spendere al proposito qualche parola.

Dalle ricerche ch'io ho potuto pratticare sugli epilettici, riguardanti anche il campo psichico , si scorgerà in seguito come la depressione psichica è uno de' fenomeni che più di sovente si manifesta dopo un accesso.

Benchè non fosse quì il luogo di parlare dei disturbi psichici, che si presentano dopo un attacco epilettico, pure credo poter accennare alla grande importanza della depressione psichica anche sul campo visivo.

Molte volte accade di osservare degli epilettici che vanno soggetti ad accessi della stessa intensità, però la depressione psichica consecutiva, non è sempre dello stesso

grado ; inoltre dopo leggieri attacchi essa per lo più è di poco rilievo; però non mancano casi in cui è notevole e diciam così sproporzionata all'intensità delle convulsioni. E da'differenti tracciati dell' estensione del campo visivo, i quali si ottengono col perimetro, si potrà rilevare come il restringimento è tanto più notevole, per quanto più la depressione psichica è manifesta.

E messi a parità di condizioni due accessi, i quali benchè entrambi della stessa intensità, pure differenti nel grado di depressione psichica consecutiva, si potrà facilmente osservare come il grado del restringimento, sarà più considerevole in quello dove la detta depressione psichica è più intensa.

E ciò può osservarsi non solamente negli accessi leggieri, ma in special modo in quelli di media intensità ed in quelli fortissimi , in cui come vedremo in seguito la depressione psichica presentasi più di sovente.

Nè basta ciò ; è ancora di molto interesse il fatto del prolungarsi vieppiù del disturbo del campo visivo , per quanto maggiore è il grado della depressione psichica. Ordinariamente negli accessi anche di media intensità in cui alle volte la depressione psichica è di poca entità, il disturbo nel campo visivo nel giorno consecutivo all'accesso si dilegua. Però qualora esista depressione psichica si vedrà, come anche nel giorno consecutivo all' accesso sarà constatabile il restringimento, sebbene in grado minore ; ed in molti casi specialmente di accessi fortissimi , con profonda depressione psichica il disturbo si prolunga eziandio per due e più giorni, e il ritorno al normale procede in modo lento e graduato.

Si è in questi casi in cui spesso sopravviene un altro accesso al precedente, ed allora, purchè le condizioni sieno propizie, praticando l'osservazione si noterà il campo visivo restringersi vieppiù ed il ritorno al normale occupare maggior tempo.

S'intende bene che quando all' accesso epilettico è seguito delirio non mi è stato possibile praticare la ricerca; ed allora ho atteso finchè l'osservazione fosse divenuta possibile senza tema di errori. Debbo invero far notare qui che

la sù menzionata ricerca riesce delicatissima quando si vuole eseguirla essendo l'infermo un pochino eccitato. Riesce meno difficoltosa quando l'individuo è prostrato che quando è eccitato, fosse pure di poco. Io mi sono sforzato di eseguire tali ricerche allorchè l'epilettico non ancora era ritornato al normale, però in rari casi mi riuscirono tali osservazioni, ripeto appunto perchè il periodo di eccitamento non erasi del tutto dileguato. Sicchè non intendo ritrarre per ora de' corollari da poche ricerche, eseguite su qualche individuo ancora eccitato pel delirio; mi riservo di continuare le mie osservazioni in seguito sforzandomi di sceverare ogni causa di errore.

Vediamo ora quali rapporti esistono tra i campi visivi de' due occhi dopo l'accesso epilettico.

Anche a stato normale il campo visivo d'un occhio d'un epilettico può non essere identico a quello dell'altro, e fra le altre cause può influire, come già ha innanzi accennato, anche la diversa conformazione delle ossa che racchiudono il globo oculare.

Dopo l'accesso ho potuto osservare qualche volta una differenza ne' tracciati de' due occhi, in quanto che il restringimento del campo visivo era più accentuato in un occhio che nell'altro, però tale fenomeno non è stato frequente. Una seria accentuazione è stata rara. Quanto poi a delle minime differenze, esse sono frequenti, ma ripeto sono minime, e sono simili a quelle ch'è facile rinvenire a stato normale.

Intanto si domanderà certamente se dopo l'accesso epilettico esistono delle differenze nelle diverse parti del campo visivo dello stesso occhio; o meglio se il restringimento si presenta in forma di *emianopsia*. A tal proposito dirò in breve che tale fenomeno non l'ho mai constatato nelle mie ricerche; sicchè posso escluderlo completamente.

Credo utile dire ora qualche parola sul modo di comportarsi del campo visivo per rapporto all'antichità della malattia in esame. Mi son potuto persuadere, dopo numerose ricerche praticate su epilettici di tutte l'età, che quando la malattia è inveterata, il disturbo del campo visivo dopo l'accesso è sempre più accentuato di quello che

è, quando la detta malattia è più recente; e ciò sempre a parità di condizioni nell'intensità dell' attacco convulsivo. Nè ciò basta; è interessante il notare come tale disturbo di restringimento del campo visivo si dilegua con *estrema lentezza*, in modo che non ancora si è avuto il tempo di ritornare al normale, quando sopravviene un altro accesso; sicchè il campo visivo rimane diciam così più o meno ristretto quasi permanentemente. Però ciò avviene per la *grande lentezza* con cui sparisce il disturbo in discorso; eseguendo l'esame perimetrico tutt'i giorni diligentemente si potrà benissimo osservare come il restringimento non rimane permanentemente negli stessi limiti; sicchè i diversi tracciati ottenuti non sono gli stessi. Qualche volta sembra che il campo visivo non voglia ripigliare i limiti normali, e quindi pare rimanere ristretto a permanenza; ma ciò è in istretto rapporto col grado di depressione psichica.

Non mi son mancati de' casi di epilessia molto inveterata su cui avrei voluto eseguire le mie ricerche del campo visivo; però le facoltà psichiche di questi infermi erano molto malandate, sicchè fu inutile tentare l' esame perimetrico.

Intanto tutto ciò che si è detto finora si riferisce ad osservazioni praticate dopo accessi di convulsioni toniche e cloniche, perdita di coscienza ecc.; vediamo ora che cosa avviene dopo un accesso epilettico di *petit mal*. I casi di quest' ultima specie invero sono stati poco numerosi, ed io già ho accennato ciò, nelle mie osservazioni sulle condizioni vasali del fondo dell' occhio. Però sebbene questi siano stati pochi, pure i risultati da me ottenuti a tal proposito essendo stati costanti, credo poterne ricavare de' corollari.

Spesse volte mi son trovato presente alla manifestazione di accessi di *petit mal*, e regolarmente dopo mi son affrettato a praticare l'esame perimetrico, il quale costantemente ha rivelato *un leggerissimo restringimento del campo visivo*. Accenno semplicemente a questo risultato, dicendo ancora che la durata di tale disturbo del campo visivo si dilegua dopo breve tempo.

Intanto mi riserbo alla fine di queste mie ricerche di

investigare se esiste qualche rapporto tra le condizioni de' vasi del fondo dell'occhio, dopo l'accesso epilettico, e l'estensione del campo visivo.

Ho potuto constatare: 1.° che dopo l'accesso epilettico, come l'iniezione de' vasi del fondo dell'occhio aumentava, così cresceva ancora il restringimento del campo visivo.

2.° Con una forte iniezione vasale del fondo dell'occhio, esisteva un rimarchevole restringimento del campo visivo; quando la retina si presentava offuscata il restringimento era ancor più considerevole.

3.° Col dileguarsi della su menzionata iniezione vasale, spariva eziandio il restringimento in discorso.

4.° Quando in un occhio esisteva maggiore iniezione vasale, coincideva un maggiore restringimento del campo visivo in quell'occhio stesso.

Come si vede tra' disturbi delle condizioni vasali del fondo dell'occhio ed i disturbi del campo visivo, esiste una strettissima relazione ch' io ho trovato sempre costante. Ho creduto accennarla perchè certamente non è priva di interesse.

Sicchè a voler ritrarre le conclusioni principali, che emergono dalle ricerche da me praticate sul detto campo visivo, risulta:

1.° Dopo un accesso epilettico esiste restringimento del campo visivo.

2.° Detto restringimento è in ragion diretta dell'intensità dell'accesso.

3.° Tale disturbo non è fugace, ma ha una durata variabile a seconda dell'intensità dell'accesso e del grado di depressione psichica.

4.° La depressione psichica influisce sulla maggiore accentuazione e maggior durata del fenomeno su descritto.

5.° Non esistono marcate differenze nell'estensione del campo visivo de' due occhi.

6.° Il restringimento del campo visivo non si presenta mai in forma di emianopsia.

7.° Esiste un rapporto costante tra il disturbo delle condizioni vasali del fondo dell' occhio ed il disturbo del campo visivo.

IV. *Forza visiva* o *acutezza visiva*. — Praticamente la forza visiva si misura coll'obbietto più piccolo, che può vedere nettamente l'occhio ad una distanza *costante*, e distinguere oggetti della stessa grandezza, separati da intervalli così grandi come gli obbietti stessi; ovvero si può dire che l'acutezza visiva può misurarsi colla distanza più grande a cui può essere distinto chiaramente un oggetto di determinata grandezza (1).

Per misurare la forza visiva mi son servito delle scale così dette *tipografiche*, che son formate di caratteri di differente grandezza (2), ed in cui il metro è preso come unità di distanza.

Per gli epilettici analfabeti ho adoperato delle figure conosciute, come croci, circoli, quadrati, ecc.

Tali oggetti, debbono essere ben netti e sufficientemente illuminati; messo l'individuo ad una distanza determinata gli si presentano dei numeri di grandezza conosciuta. Appena che l'infermo percepiva quel dato numero, io discendeva nella scala di grandezza e determinava così il numero più piccolo che poteva vedere l'epilettico, a quella data distanza.

Ho voluto accennare brevemente queste norme, onde dimostrare il modo, come ho preceduto in queste mie ricerche.

È indispensabile che in queste osservazioni l'infermo si trovi sempre nelle stesse condizioni di luce, tutte le volte che viene esaminato. Io ho preferito la luce diffusa la quale durante il corso delle mie ricerche è stata costante, poichè ho praticato queste mie osservazioni ne' mesi estivi e sempre ad ore determinate.

S'intende bene che per le ricerche della forza visiva debbono scegliersi gli epilettici, che presentano le condi-

---

(1) L'acutezza normale è stata determinata e si è trovato, che ad un piede di distanza l'oggetto dovea essere di 1|10 di millimetro per esser distinto. Il calcolo poi ha mostrato che a tale distanza la immagine retinica della grandezza accennata, è di circa 0,0043, il che corrisponderebbe alla larghezza normale della superficie d'uno degli elementi sensitivi della retina umana, coni o bastoncini.

(2) Snellen, Giraud-Teulon, Wecker, Galezowcki, Perrin ecc. hanno delle scale particolari.

zioni opportune, già da me innanzi ricordate a proposito dell'esame del campo visivo e dello stato de'vasi del fondo dell'occhio (1).

Le prime osservazioni debbono eseguirsi al solito quando l'epilettico trovasi in buone condizioni di salute e quindi ne' momenti più lontani dell'accesso ; onde determinare la sua forza visiva normale (2).

Anche qui bisogna tener conto dell'ora in cui è avvenuto l'accesso ecc. ecc. e della sua intensità.

Immediatamente dopo un leggiero attacco, riesce ancora difficoltoso poter praticare l'osservazione della forza visiva; ed è d' uopo essere molto accorto onde non incorrere in errore. Sempre però trattandosi di accessi a convulsioni tonico-cloniche ecc. Al proposito è utile il *controllo*, nè deve limitarsi l'esame ad un solo numero della *scala tipografica*. Il tempo da trascorrere per potere eseguire l'osservazione dopo un leggiero attacco , è variabile ; però ordinariamente è breve.

Dopo accessi di media intensità e fortissimi, in cui la depressione psichica consecutiva è notevole, la ricerca non è possibile immediatamente dopo l'attacco.

Molto spesso accade che per parecchie ore non può praticarsi l' osservazione per i disturbi del campo psichico ; l' infermo non comprende, o comprende a stento ciò che gli si dice; fargli fissare un obbietto determinato, è quasi impossibile ; non risponde ; ed i suoi occhi vagano inconscienti nello spazio, molestati dalla luce , e rivolgendosi a preferenza verso oggetti poco illuminati. Quanto tempo deve trascorrere per poter eseguire la ricerca, non si può determinare; esso varia moltissimo. Spesso mi è stato possibile praticare l' osservazione dopo un'ora , altre volte nemmeno dopo tre o quattro.

In tutt' i conti è utile far restare qualche tempo l'infermo al nuovo ambiente dove si esegue l' esame ; e ciò

---

(1) È necessario tener conto dell' età dell' infermo, come pure se v' ha presbiopia o miopia.

(2) Fò notare che le mie osservazioni al proposito riguardano la forza visiva binoculare.

ch' è importante s' è di non stancarlo troppo colla continua fissazione dell'oggetto, prolungandosi la ricerca.

Adunque tenendo conto di queste poche osservazioni, ed eseguendo con molt'accortezza l'esame, si otterranno quei risultati che ora in breve esporrò.

Esistono de' disturbi nella forza visiva dopo l' accesso epilettico ; però essi differiscono nell' intensità a seconda della forza dell'attacco.

Dopo un leggiero accesso epilettico a convulsioni tonico-cloniche, qualora l'osservazione si pratichi, quanto più è possibile vicino all'accesso, ma sempre in condizioni opportune , potrà notarsi una lievissima diminuzione nella forza visiva. Tale risultato però non è costante in tali accessi. Vi sono delle condizioni le quali influiscono e che determinano la costanza di tal disturbo.

Io ho potuto notare 1.° che ne' fanciulli non è costante la diminuzione della forza visiva ; 2.° negli adulti e negli uomini maturi è più facile ; però tale disturbo appare più frequentemente quando esiste uno stato di depressione psichica sproporzionato all'intensità dell'accesso. Ne' fanciulli questa sproporzione non mi è stata quasi mai possibile rinvenirla.

Inoltre quando nel fanciullo esiste il disturbo della diminuzione della forza visiva esso è poco duraturo.

Dopo accessi di media intensità , la forza visiva è diminuita , purchè si pratichi l' osservazione quanto è più possibile poco tempo dopo l'accesso. Tale disturbo però notasi ancora, qualora la ricerca viene eseguita qualche ora più tardi, ma non è così accentuato.

Qualche volta però mi è avvenuto, che in soggetti molto giovani non avea luogo nessun disturbo nell'acutezza visiva ; però in tali casi i disturbi psichici erano pochissimo rilevanti.

Anche in questi accessi di media intensità vi sono delle condizioni, le quali influiscono sulla maggiore accentuazione e durata del disturbo in esame. Infatti a tali attacchi segue ordinariamente un grado di depressione psichica, la quale spesso è notevole a preferenza negli adulti ; si è in questi casi che il disturbo della diminuzione della forza

visiva è accentuato considerevolmente. L'infermo fa energici sforzi di accomodazione per scorgere l'obbietto presentatogli a quella determinata distanza, ch'ei normalmente distingueva; però è d'uopo avvicinargli quel dato oggetto di tanto, finchè gli è possibile per distinguerlo nettamente. A misurare allora il grado di diminunzione della forza visiva, non è a far altro che sottrarre dalla media normale la distanza ora ottenuta dopo l'accesso, e così la differenza rappresenterà il grado di diminuzione avvenuta.

Tale disturbo non è fugace, ma tende a sparire, un pò rapidamente; quando però esiste la sù menzionata depressione psichica, allora il disturbo di cui ci occupiamo non sparisce più così rapidamente; e potrà notarsi come, eseguendo l'osservazione dopo qualche ora, persiste la diminuzione della forza visiva quasi nello stesso grado di prima.

Per gli accessi intensissimi l'accentuazione del disturbo è maggiore che nei casi precedenti; l'infermo prova molestia a fissare un oggetto determinato, e si stanca molto facilmente. È qui che bisogna far spesso riposare l'epilettico in esame, onde evitare d'ingannarsi; il controllo in questi casi è della massima necessità.

A questi accessi segue costantemente un grado di depressione psichica considerevole (fo astrazione di quei casi a cui segue delirio); ed allora il disturbo della forza visiva è più manifesto. Questo fenomeno persiste ancora un tempo abbastanza notevole. Anche parecchie ore dopo è eziandio rilevante la diminuzione della forza visiva, ed in molti casi in cui l'accesso ha avuto luogo nella notte, il mattino seguente si può spessissimo ancora constatarla.

Io non riporto qui cifre che valgano a dilucidare il già detto; mi riserbo far ciò nelle storie cliniche, che in seguito trascriverò.

Riguardo alle differenze che possono rilevarsi negli epilettici a seconda dell'età, posso dire che, tenendo sempre conto della forza visiva la quale fisiologicamente è variabile nelle singole età, essa soffre minori disturbi ne' fanciulli dopo l'accesso epilettico. E ciò ripeto si ottiene facendo il parallelo coi risultati ottenuti quando l'infermo si trovava in ottime condizioni sanitarie.

Nel corso delle mie osservazioni ho cercato di vedere se esisteva qualche relazione tra' disturbi della forza visiva e lo stato post-epilettico dei vasi del fondo dell'occhio. Ebbene posso affermare che esiste una relazione tra' due disturbi, poichè con uno stato massimo di congestione del fondo dell'occhio esistevano de' disturbi nella forza visiva; come pure debbo aggiungere, che quando l'iniezione era minima, il che avveniva ne' casi leggieri, allora la diminuzioue della forza visiva non era apprezzabile.

Tutto ciò che brevemente ho esposto a proposito dell'acutezza visiva riguarda gli accessi a convulsioni tonico cloniche ecc.; però vediamo un poco se esistano ancora dei disturbi dopo gli attacchi di *petit mal*. Le mie ricerche al riguardo non sono state numerose, per le stesse ragioni da me innanzi esposte a proposito dello stato dei vasi del fondo dell'occhio e del campo visivo. Però non mi son mancate parecchie osservazioni le quali riuscirono negative; infatti quelle volte in cui mi trovai presente ad accessi di *vertigini* epilettiche e di *assenze*, appena praticai l'osservazione della forza visiva, mi accorsi che non esisteva alcun disturbo. Semplicemente in un solo epilettico, già da me innanzi menzionato, in cui ebbero luogo parecchi accessi di vertigini ed assenze a brevissimi intervalli, mi fu possibile di rinvenire una sensibile diminuzione nella forza visiva (1). Cercai in questa occasione di non perdere di vista l'infermo però, come già precedentemente ho accennato, l'infermo fu preso la notte da un forte accesso a convulsioni toniche e cloniche ecc., sicchè il giorno appresso non potetti più seguire il disturbo in relazione semplicemente alle forme di *petit mal*. Ho creduto utile accennare tale osservazione, la quale sebbene unica pure non è certamente priva d'interesse; poichè anche in questo caso esiste una stretta relazione tra' disturbi congestivi dei vasi del fondo dell'occhio (già da me innanzi accennati) e la diminuzione della forza visiva rinvenuta.

---

(1) Vedi innanzi, a proposito delle condizioni de' vasi del fondo dell'occhio di Salvatore U....

Adunque da ciò che in breve ho qui esposto, possono ritrarsi i seguenti corollari a proposito della forza visiva:

1° Dopo un accesso epilettico esiste una diminuzione della forza visiva, la quale è proporzionata all'intensità dell'acesso.

2° Tale disturbo è incostante nei fanciulli dopo un leggiero acccesso.

3° La diminuzione della forza visiva non è fugace; esistendo un notevole grado di *depressione psichica*, il disturbo è più accentuato e più duraturo.

4° Esiste uno stretto rapporto tra i disturbi delle condizioni dei vasi del fondo dell'occhio e la diminuzione della forza visiva.

V. *Senso cromatico.* — Queste ricerche debbono regolarmente praticarsi a luce diffusa del giorno, poichè si sa benissimo che l'illuminazione artificiale modifica i colori degli oggetti. Bisogna che tali osservazioni vengano eseguite nelle stesse condizioni di ambiente luminoso, e che gli oggetti colorati sieno ben illuminati.

Nello scegliere gli epilettici adatti per queste osservazioni, è d'uopo ricercare quelli in cui il senso cromatico sia meglio conservato. Per vero nell'epilessia, che specialmente data da lungo tempo, è facile trovare permanentemente de'disturbi nel riconoscimento di alcuni colori; esiste insomma un daltonismo acquisito. Però il compito propostomi è stato di osservare se dopo un accesso epilettico hanno luogo alterazioni nel senso cromatico, tenendo conto di quei colori che l'infermo riconosceva benissimo a stato normale. Naturalmente ad eseguire queste ricerche non è necessario che l'epilettico riconosca a perfezione tutt'i colori, poichè ciò è molto raro; però si sceglieranno gli epilettici più giovani in cui i disturbi psichici non sieno molto rilevanti.

La prima osservazione è d'uopo praticarla quando l'epilettico è nelle migliori condizioni di salute, e quindi in epoca lontana dall'accesso, onde vedere i colori da lui riconosciuti.

Il modo come procedere alla ricerca è vario. Possono adoperarsi dei cartoncini colorati differentemente, ovvero

dei fili di lana colorati (metodo di Holmgren). S' invita l'infermo a riunire i colori identici, come pure se ne dimanda il nome. Io mi son servito a preferenza dei cartoncini colorati.

Non sempre gl'infermi indicheranno i singoli nomi dei diversi colori e ciò spesso per ignoranza. In questo caso io ho cercato di risvegliare nella loro mente delle idee di rassomiglianza con oggetti determinati da lui ben conosciuti. Per esempio se non conosceva il nome del *verde*, poteva dirmi però ch'esso rassomigliava alle foglie degli alberi ecc. Non mi son mancati degli epilettici intelligenti e dotati di discreta istruzione, i quali riconoscevano bene molti colori colle rispettive gradazioni, applicando esattamente il nome ad ognuno.

Anche in queste ricerche ho tenuto conto regolarmente dell'ora in cui era avvenuto l'accesso ecc. ecc. tutte quelle osservazioni già precedentemente accennate.

Nell'esporre adesso i risultati delle mie ricerche sul senso cromatico nell'epilessia, credo utile ritenere la distinzione già fatta innanzi dell'intensità dell'accesso.

Dopo un leggiero accesso epilettico quando non seguono disturbi psichici sproporzionati all'intensità di esso, le alterazioni del senso cromatico sono poco apprezzabili. È a notare però che il tempo impiegato al riconoscimento di alcuni colori speciali come: il violetto, il verde, il celeste è maggiore di quello che avviene a stato normale.

Inoltre l'epilettico si avvicina dippiù alla carta colorata onde averne la percezione. Sicchè tutto si riduce ad un leggerissimo grado di diminuzione nella sensibilità cromatica. Però quando dopo de' leggieri accessi esiste un grado di depressione psichica sproporzionato, diciam così, all'intensità dell'accesso, allora si notano de' disturbi nel riconoscimento dei colori, simili a quelli che hanno luogo dopo forti attacchi.

Dopo gli accessi epilettici di media intensità ed in quelli fortissimi, i disturbi nel riconoscimento dei colori sono di maggior rilievo e spesso notevoli.

Già la depressione psichica in questi casi è abbastanza rilevante, sicchè bisogna attendere un poco dopo l'accesso,

finchè l'infermo si riprende alquanto. Posso affermare però che la ricerca del senso cromatico è praticabile più presto che non lo sia la forza visiva. Ho detto che l'osservazione deve farsi quando l'epilettico si sia un po' rimesso dallo stordimento, non certamente nel senso che si dilegui prima del tutto la depressione psichica consecutiva, poichè in questi casi dovremmo attendere troppo tempo; ma appena che l'infermo è capace di comprendere le dimande che gli si fanno, allora è il momento di eseguire la ricerca. Il tempo da trascorrere quindi varia in questi casi; molte volte è seguito delirio ed allora io mi son astenuto di tentare delle ricerche.

Adunque dopo accessi epilettici di media intensità e fortissimi esistono dei disturbi nel riconoscimento dei colori, inquantochè la sensibilità cromatica diminuisce per alcuni colori fino a spegnersi temporaneamente.

Vi sono delle gradazioni in questo disturbo, dipendenti non solamente dalla maggiore intensità dell'accesso, ma eziandio dal grado di depressione psichica consecutiva.

La gradazione del disturbo da me notata è la seguente:

L'epilettico comincia dal fissare per lungo tempo la carta colorata che gli si presenta; indi cerca di diminuire la distanza frapposta tra lui e l'oggetto; qualora gli si permetta ciò si vedrà ch'ei avvicinerà fino alla distanza di pochi centimetri il colore da riconoscere. Se ad esempio gli vien presentato il verde, è molto facile che, dopo le difficoltà qui accennate, risponderà celeste, ed allora mostrandogli quest'ultimo colore forse si ravvede dell'errore. Però il disturbo può avanzarsi. L'infermo persiste a chiamare verde il celeste e viceversa. Ovvero dichiara di non aver mai veduto quel dato colore; riesce inutile molte volte rammentargli degli oggetti da lui ben conosciuti, come le foglie degli alberi per il verde, e così di seguito il Cielo pel celeste ecc. ecc.; ei persiste a dire di non aver mai veduto quel dato colore. Ciò che qui io dico pel verde e pel celeste avviene anche pel violetto, giallo ecc.

Il disturbo del senso cromatico può limitarsi alla confusione de' colori affini; però può estendersi fino a poter dire semplicemente d'un colore s'è *chiaro* od *oscuro*.

Il limite estremo è la perdita completa temporanea del senso cromatico per la maggior parte dei colori. Ciò ha luogo quando è profonda la depressione psichica consecutiva ad accessi intensissimi.

Intanto debbo ora qui accennare un'osservazione rinvenuta costantemente in queste mie ricerche. Il disturbo del senso cromatico si accentua visibilmente quando la superficie colorata vien ridotta in grandezza. Nei casi da me già accennati in cui il disturbo era leggiero, poteva accrescerlo, diminuendo la superficie della carta colorata. Si è allora che l'epilettico l'avvicina vieppiù per averne la percezione. Spesso aumentando di molto la superficie colorata, ho veduto diminuire il disturbo del senso cromatico. (1)

Anche la lontananza ha una influenza manifesta; parecchi colori come: il violetto, il verde, il giallo, il celeste, immediatamente dopo un intenso accesso epilettico (purchè la ricerca sia praticabile) non vengono percepiti qualora si allontanano un po' troppo; laddove a stato normale ciò non avveniva in quello stesso infermo.

Spesso ho potuto notare che cambiando le condizioni d'ambiente luminoso dopo un forte accesso, ed adoperando la luce artificiale, apparivano de' disturbi nel senso cromatico che alla luce diffusa poi sparivano. Ciò avveniva pel verde, pel celeste e per il violetto a preferenza. In quello stesso infermo però a stato normale cambiando la sorgente luminosa non avveniva alcun disturbo.

Uno de' colori ch' è stato sempre riconosciuto da tutti gli epilettici da me studiati, si è il rosso. In molti casi di accessi intensi con profondissima depressione psichica, fu notevole l' osservare, che persisteva semplicemente la sensibilità pel rosso.

Nel corso di queste ricerche ho potuto stabilire che i disturbi del senso cromatico vanno mano mano esplicandosi a misura che dal rosso e dal giallo si va verso il violetto, quasi che dopo gli accessi epilettici la retina fosse

---

(1) Spesso ho notato che il disturbo si accentuava notevolmente, qualora ai cartoncini colorati sostituiva fili di lana colorata.

più atta a percepire quei colori, che hanno un numero minore di vibrazioni ed una lunghezza d'onda maggiore (1).

Sulla costanza del disturbo cromatico dopo accessi epilettici, posso affermare che non son mancate delle eccezioni ; però queste sono minime dopo fortissimi attacchi, ed aumentano in quelli leggieri o poco intensi.

Il disturbo del senso cromatico è appena appena apprezzabile ne'fanciulli, o meglio nell'epilessia recente , anche quando l'accesso è di media intensità. Tale disturbo si avvera molto frequentemente a misura che la malattia è più inveterata.

Riguardo alla durata di questo disturbo , possa affermare ch'esso in generale non è molto duraturo; però non mi son mancati de'casi in cui dopo 24 ore l'epilettico non riconosceva parecchi colori , a preferenza il verde e il violetto ; e ciò avea luogo quando esisteva profonda depressione psichica. Ma a voler bene osservare i disturbi del senso cromatico , la ricerca deve praticarsi quanto più e possibile vicino l'accesso, specialmente, quando trattasi di attacchi non intensi.

Per ciò che riguarda gli accessi di *petit mal* poche sono le mie osservazioni, le quali però sono state tutte negative.

Intanto esiste qualche relazione tra le condizioni de' vasi del fondo dell'occhio ed il disturbo del senso cromatico? Nelle mie osservazioni ho trovato costante tale rapporto, e ad esser breve posso affermare che ne' casi in cui esisteva intensa congestione de' vasi del fondo dell'occhio con forte diminuzione di trasparenza della retina, ecc. avevano luogo i maggiori disturbi nel senso cromatico.

Le conclusioni principali quindi, che a tal proposito posso ritrarre, sono le seguenti :

1.° Dopo accessi epilettici di media intensità e fortissimi esistono de' disturbi nel senso cromatico variabili, tanto più accentuati, per quanto la depressione psichica è più profonda.

2.° Tale disturbo spesso è temporaneo a preferenza

---

(1) Dalla fisiologia si sa che il numero di vibrazioni del rosso è di 456 bilioni a secondo, laddove quello del violetto è di 667 bilioni.

negli accessi poco intensi; molte volte duraturo quando esistono notevoli alterazioni psichiche post-epilettiche.

3.° Nell'epilessia molto recente essa è poco apprezzabile.

4.° Dopo accessi di *petit mal* il risultato (benchè le osservazioni sieno state poco numerose) è stato negativo.

5.° Esiste una stretta relazione tra' disturbi del senso cromatico e quelli de' vasi del fondo dell'occhio.

Così ho esposto le mie ricerche nell'epilessia per ciò che riguarda l'organo visivo; i risultati da me ottenuti potranno rilevarsi più chiaramente e saranno completati nelle storie cliniche che in seguito riporterò.

(*continua*)

L'INDICE CEREBRALE (1)

Annotazioni del Prof. FILIPPO LUSSANA

Sono noti nella loro importanza antropologica i due indici cranici, *cefalico e verticale*, il primo per ragguagliare la larghezza del cranio alla sua lunghezza, il secondo per ragguagliarne l'altezza alla lunghezza. A tal uopo si divide la larghezza per la lunghezza (indice cefalico), l'altezza per la lunghezza (indice verticale). Un cranio coll'indice non più dei 70 °/₀ è dilicocefalo (lungo), coll'indice non meno di 80 °/₀ è brachicefalo (largo), in media, cioè sui 75 °/₀, è ortocefalo (retto).

Tutto questo si riferisce al *cranio umano*.

Un indice di non minore importanza zoologica ed antropologica devesi stabilire anche per ragguagliare la larghezza del *cervello* alla sua lunghezza: cioè l'*indice cerebrale*.

Di questo si occuparono Calori pel primo (nell'anno

---

(1) Archivio italiano per le malattie nervose 1885. *Estratto comunicato dall'Autore.*

1875), Krause (nel 1879) e Passet (nel 1882), risultando per Calori l'indice cerebrale brachicefalo di 87, e l'indice cerebrale dolicocefalo di 76. Per Krause l'indice cerebrale umano risultò in via media di 79 °/₀.

Secondo Passet si avrebbe l'indice cerebrale umano di 82 °/₀ nel maschio, di 81 °/₀ nella femmina.

Tutto questo si riferisce all'indice cerebrale nell'uomo. Ma il campo è quasi inesplorato e nuovo intorno all'*indice cerebrale* negli animali. Di tale argomento si occupano le presenti ricerche, eseguite sopra alcune centinaia di cervelli che si possiedono negli Istituti di Zoologia e di Fisiologia dell'Università di Padova.

Eccone i risultati in via media.

1.° Ogni grande famiglia naturale di animali ha un indice cerebrale pressochè costante e proprio — 80 quello dell'Uomo, quello delle Scimmie e quello dei Rettili — 85 il pecorino, l'equino ed il porcino — 90 il canino — 100 il felino e quello dei Rosicanti — 130 quello degli Uccelli, dei Pesci e dei Serpenti.

2.° L'*indice cerebrale* dell'Uomo non corrisponde al suo *indice cefalico*, perchè questo suole essere minore di quello di qualche centesimo (da 1 a 4).

3.° I diversi gradi degli indici cerebrali nella serie zoologica non stanno in rapporto col diverso grado di sviluppo psichico.

4.° Le risultanze degli indici cerebrali non sono molto favorevoli alla dottrina di Gall, quando vogliasi applicarle ai cervelli dei Mammiferi. Ma vi sono abbastanza favorevoli, se le applichiamo agli Ovipari, massime agli Uccelli rapaci ed ai Serpenti.

5.° Appare sempreppiù la necessità di studiare, non tanto i cranî e neppure la forma generale dei cervelli per interpretarne i portati psichici, ma piuttosto l'*anatomia speciale delle circonvoluzioni cerebrali.*

(Clinica medica di Palermo diretta dal Prof. LEPIDI-CHIOTI)

DUE CASI DI AFASIA ATASSICA

esposti dal Dott. ANTONIO MOSELLA

Questi due casi di afasia, che qui riferisco, sono di una certa importanza; pochi hanno la stessa forma, e solo si notano delle piccole differenze.

G. M. d'anni 24, da Partanna, donna di casa, maritata, riferisce che poco prima del mese di Maggio dell'anno 1884, in seguito a forti dispiaceri ed a spaventi cominciò a perdere l'appetito, e cadde in uno stato di grande debolezza.

In Maggio fu presa da forte cefalea diffusa, vertigine seguita da vomiti, convulsione senza perdita di coscienza, che durò mezz'ora, e le lasciò torpore intellettuale. Ciò si ripetè tre volte con un intervallo di dieci giorni tra la 1ª e la 2ª volta, di un giorno tra la 2ª e la 3ª volta. L'ultima volta ebbe luogo nel Giugno del 1884, un giorno prima del parto che si compì felicemente; però un quarto d'ora dopo ebbe convulsione con perdita di coscienza seguita da impossibilità a potere articolare le parole, torpore della gamba destra, e paralisi di moto e di senso al braccio destro. Coll'uso di medicinali, che non si sa quali siano stati, e coll'idroterapia migliorò; e le restò solo leggiero torpore e formicolio negl'arti superiore ed inferiore destro. Non ha avuto mai febbre.

Otto mesi addietro in seguito a spavento le si arrossarono le gambe, ma il rossore spontaneamente scomparve dopo poco tempo. Non c'è sifilide. Fu mestruata a 13 anni, le mestruazioni sono state sempre regolari.

Presenta una costituzione buona, il colorito della pelle un po' pallido; questa si solleva in pieghe alte, elastiche; pannicolo adiposo relativamente scarso, muscoli di modico

sviluppo, di modica tonicità; scheletro sviluppato, ossa buone; mucose un po' pallide, la congiuntivale con erpes.

All'esame del sistema nervoso si nota che l'inferma può pronunziare bene le vocali *a*, *j*, *o*, la *u* la pronunzia nella parola *una*, che è la sola parola che può profferire. Non riesce a pronunziare nessuna delle consonanti; pronunzia poche sillabe: *la*, *ma*, *ta*, *sta* colle quali risponde quasi sempre quando la s'invita a dire qualche parola.

L'intelligenza è buona, l'inferma mostra coi gesti di comprendere quello che le si dice, fa segni di impazienza per non potere esprimere la propria idea, vorrebbe rispondere, e finisce sempre col pronunziare: ma, ta, sta.

La memoria è anch'essa buona, rammentandosi l'inferma di date anche lontane.

Sensi specifici buoni, solamente la vista è un po' offuscata per antiche eruzioni corneali di erpes. Nessuna deviazione nei lineamenti del volto quando sta ferma: invitando l'inferma a sorridere si nota che l'angolo boccale sinistro è portato in alto più prontamente del destro. Caccia facilmente la lingua fuori della bocca, può tenervela ferma, la muove bene in tutti i sensi. Nulla d'anormale facendole gonfiare le gote, facendola soffiare, fischiare.

Nessuna deviazione dell'ugola, dove il titillamento fatto con una penna non provoca i movimenti riflessi del vomito.

La sensibilità tattile un po' diminuita nella metà destra della faccia, tranne alla cornea, ed alla lingua; è anche diminuita in tutto la metà destra del tronco. La sensibilità dolorifica diminuita anch'essa a destra, come pure la sensibilità calorifica, massime alla faccia, al collo, al torace ed all'arto superiore. E il caldo ed il freddo sono in queste parti avvertite con ritardo relativamente al lato sinistro.

Colla corrente indotta i muscoli si contraggono bene, se si eccettua la regione antero-esterna della gamba destra, dove avverte però un senso di formicolio, anche quando la corrente è leggiera. La corrente indotta è meno avvertita all'arto superiore destro e alla metà corrispondente dell'addome.

Col compasso di Weber le due punte sono avvertite bene solo alla distanza di due centimetri sul dorso delle dita.

Movimenti riflessi prerotulei ed alle piante dei piedi quasi uguali a tutti i due lati.

Buoni gli apparecchi respiratorio, cardiaco, digestivo. Riguardo all'apparecchio glandolare si nota una glandula molto grossa alla parte destra del collo; delle piccole glandule a sinistra, qualche piccola glandula all'ascella destra. Durante il soggiorno nell'ospedale (1 mese e 12 giorni) si notò cefalea diffusa, ora leggiera, ora un po' forte; leggiera vertigine nella stazione semiseduta, o all'impiedi, talvolta ronzio nelle orecchie. Di tanto in tanto sensazione di freddo in tutta la metà destra del corpo, una volta sensazione di colpi di spillo nella metà destra della testa e della faccia, leggiero catarro intestinale per tre giorni. Relativamente alla pronunzia delle parole, l'inferma riesce talvolta anche a pronunziare la parola *basta*.

I fatti relativi all'altra inferma sono i seguenti:

F. G., donna di casa, da Montemaggiore Belsito, di anni 46, maritata, riferisce che in Gennaro del 1881 in seguito ad un forte dispiacere cominciò a soffrire cefalea diffusa, or leggiera, ora grave, tanto da costringerla a mettersi a letto.

In Settembre dello stesso anno ebbe una convulsione con perdita di coscienza. L'accesso convulsivo durò mezz'ora, e cessò con abbondante sudore alla testa. Si ripetè cogli stessi caratteri dopo due, o tre mesi, e nell'Aprile del 1882 ebbe per tutto un giorno diversi accessi, ripetentisi tra loro con intervalli ora di mezz'ora, ora di un'ora, ora di due, preceduti dall'emissione di acute grida, e seguiti da grande prostrazione di forze, e da forte cefalea diffusa. Continuarono in seguito le convulsioni lasciando un intervallo da uno a cinque mesi. In Luglio del 1884 cominciò a pronunziare con difficoltà le parole; e sin da questo momento gli accessi si fecero più leggieri e di più breve durata. Da Agosto del 1884 le convulsioni son ritornate una volta al mese, in Novembre cessarono interamente. Il disturbo della parola s'accentuò sempre più, e in Settembre del 1884 non potè pronunziare bene che dei monosillabi e qualche parola. Non ha avuto febbre. È da aggiungere che da Gennaio 1884 ha debolezza alla mano destra, tanto che spesso non può tenervi l'ago.

Nel, 1880 ebbe blenorragia, che le durò 13 giorni. Nel 1871 in seguito ad un forte spavento ebbe paralisi agli arti superiori, che le durò quattro mesi. Non c'è sifilide. Ha avuto sei figli viventi e tre aborti per cause accidentali.

È di costituzione mediocre, il colorito della pelle alquanto pallido, la pelle si solleva in pliche alte, il tessuto adiposo sottocutaneo scarseggiante, i muscoli mediocremente sviluppati, lo scheletro regolare. All'esame del sistema nervoso si nota che l'inferma pronunzia bene le vocali *a*, *o*, *u*, talvolta *i*, non mai *e*; pronuncia bene le consonanti *d*, *t*, *q*. Invitata a contare i numeri dice: *uno*, *dudi*, o *dunni* (due) *trirt* (tre), *quattro*, *cintu* (cinque), *sedi* (sei) *setti* (sette) *ottu* (otto); non pronunzia i numeri intermedii tra *otto* e *venti*, quest'ultimo lo pronunzia *binti*; dice pure: *trenta*, *quanta* (quaranta), *middi* (mille). Invitandola a pronunziare il numero *tre*, isolatamente non vi riesce, contando invece progressivamente lo profferisce. Pronunzia pure: *madri* (madre), *patri* (padre), *ozzu* (vino), *pani* (pane); *bedda matri*, *si*, *mai*. Invitata a pronunziare il proprio nome, risponde prontamente, ma invece di pronunziare *Cicca* (Francesca) dice *Citta* o *Ciddo* (forma di parafasia). In generale si nota un'oscillazione nelle pronunzie dell'ultima sillaba della parola, mentre nell'altra inferma la parola finisce tronca.

BOSTON MEDICAL LIBRARY MAR 14 1918

Nessuna alterazione nei lineamenti del volto quando l'inferma non fa alcun movimento: facendola sorridere si nota che l'angolo sinistro della bocca è portato un po' più in alto del destro. Caccia bene la lingua fuori dalla bocca, e la muove in tutti i sensi. Nessuna deviazione dell'ugola.

Intelligenza e memoria buone, però meno sviluppate che nell'altra inferma.

Leggiera diminuzione a destra delle sensibilità tattile, dolorifica, termica, elettrica: diminuzione che è però appena apprezzabile nell'arto superiore del lato destro. Un po' d'eterotopia alla metà destra della faccia, come pure nel torace e nell'addome. Col compasso di Weber la sensazione dei due spilli è avvertita a non meno di due centimetri di distanza sulla mano. Un po' di debolezza alla mano destra, il dinamometro con questa mano segna 17, colla sinistra 26.

Sensi specifici buoni, se si eccettua una leggiera diminuzione dell' udito a destra, che data da molto tempo prima della presente malattia.

Movimenti riflessi normali. Incesso normale ad occhi aperti, barcolla un po' verso sinistra ad occhi chiusi.

Gli altri apparecchi tutti normali, se si eccettua un'impurità del primo tono al focolaio aortico.

Durante il soggiorno in Clinica (1 mese e 16 giorni) si notò che l'inferma potè pronunziare altre parole : *megghiu* (meglio) *chisto* (questo) *cuotte* (cotte) ; invitata a dire il nome del paese natale (Montemaggiore) potè pronunziare *Monte* però talvolta non si riuscì a farle profferire nessuna delle parole, che era solita dire. Ebbe cefalea, or leggiera, ora forte ; vertigine, ronzio alle orecchie, leggiero catarro intestinale, talvolta con stitichezza.

Fu assalita una sola volta da convulsione nello scendere da letto; ci fu perdita di coscienza, scontorcimento degli occhi, sformamento del volto; durò un quarto d'ora : finì senza lasciar conseguenze.

Riepilogando: in entrambi i casi d' afasia c' è integrità delle facoltà intellettuali ; queste due afasiche comprendono bene quanto loro si dice, e coi gesti rispondono adeguatamente alle domande, che loro si rivolgono. Mentre la prima inferma riesce sempre a dire la parola, che prima pronunziava, nell' altra si nota da un momento all' altro variabilità nella pronunzia della parola ; e talvolta non riesce a pronunziarne alcuna.

In entrambi i casi c'è lesione della motilità, e della sensibilità a destra. In una la data dell'afasia è recente, nell'altra antica. In una le parole finiscono tronche, nell'altra con un'oscillazione, come di risuonanza.

Ciò posto veniamo alla discussione di questi due casi d'afasia.

Prima dicevasi afasico quell' individuo, che non poteva parlare (loquendi impotentia); si diceva afasia quella mancanza di parola, che si ha p. e. nell'individuo colpito da apoplessia cerebrale. Oggi si è allargato il significato della parola afasia. Ed in verità noi per parlare abbiamo bisogno dell' idea , che deve corrispondere all' obbietto , di

cui vogliamo parlare, abbiamo bisogno della memoria della immagine acustica della parola, dell' organo coordinatore della parola, che è pure centro della memoria motoria della parola. Non avendosi idea non si può parlare, ma se si ha la idea e non si può parlare, due forme fondamentali di afasia ne risultano, cioè l' afasia si ha o per mancanza della memoria della immagine acustica della parola, o per disturbo dell'organo coordinatore della parola; nel primo caso si ha l'afasia amnesica, nel secondo l'afasia atassica. L'afasia amnesica poi può essere parziale, o totale, parziale quando non si ricordano tutte le sillabe di una parola, così un'individuo che voleva dire *cavallo*, ricordava la sola sillaba *ca*, totale quando non si ricorda nessuna parola. Nell' afasia amnesica si comincia a non ricordare le cose più recentemente apprese, e si finisce col non ricordare le più antiche.

Abbiamo poi altre forme di afasia comprese nelle due fondamentali: la *monofasia* quando non si può pronunziare che una sola parola, e gli ammalati interrogati rispondono sempre dicendo la stessa parola, la *parafasia* quando volendo dire una parola se ne dice un' altra , così volendo dire *cavallo*, si dice *cane*; la *sordità della parola*, o *afasia sensoriale* quando l'udito è buono, ma la parola per l'individuo ha perduto il suo significato, come di lingua straniera.

Il linguaggio rappresenta il segno sensibile dell'idea, la quale può anche esprimersi colla scrittura, colla lettura, coi gesti, col suono, colla pittura, col disegno etc. Ora, alterandosi il rapporto tra l' idea e i suoi diversi segni, abbiamo altre forme di afasia. Così non potere più scrivere una parola costituisce l'*agrafia*, il non potere più leggerla l'*alessia*, il non potere più esprimersi coi gesti l'*amimia*: così un individuo che vuol dire di sì, colla testa, dice invece no. Il non potere più suonare uno strumento costituisce l'*afasia musicale*. Finalmente si può avere un'alterazione di rapporto tra l'idea e l'azione, così un individuo invece di prendere un cucchiaio prende un coltello, ed allora si ha l'*apraxia*. Sono queste le diverse forme di afasia, che si possono osservare.

Ciò posto, qual'è la parte del cervello lesa nell'afasia? Lo studio dell'afasia ha acquistato oggi una maggiore importanza pei progressi, che si sono fatti intorno alla determinazione delle localizzazioni cerebrali. L'afasia ricorda un periodo storico, che ha avuto di mira due punti; 1.° determinare le localizzazioni grossolane del cervello; 2.° determinare le localizzazioni minute.

Prima si credeva ogni parte del cervello prestarsi a qualunque funzione: oggi mercè gli studii di Broca, si è stabilito la sede della favella stare nel piede della 3ª circonvoluzione frontale di sinistra, ma non è la sola sede, perchè in certe forme di afasia si è trovata l'alterazione in altri punti; così in certi casi di sordità verbale s'è trovata alterata la 1ª circonvoluzione temporale, nell'agrafia si è notata alterazione della base della 2ª circonvoluzione frontale; l'alterazione della 3ª circonvoluzione frontale sinistra costituirebbe la base anatomica dell'afasia atassica.

Ma perchè l'alterazione nell'afasia si trova nella 3ª circirconvoluzione frontale di sinistra e non sulla destra? Un francese disse che si pensa col cervello sinistro; il lobo sinistro ha una maggiore funzionalità forse per l'immediato rapporto colla carotide. Nei mancini afasici si è trovata alterata la 3ª circonvoluzione frontale di destra.

Negli individui afasici, che si sono guariti, all'autopsia si è trovata la 3ª circonvoluzione frontale sinistra talvolta integra; però in certi casi la si è trovata rammollita, o distrutta, e si è constatato un maggiore sviluppo della 3ª circonvoluzione frontale di destra. Questo fatto è importante perchè prova che la guarigione dell'afasia si può avere o perchè torna integra la terza circonvoluzione frontale di sinistra, o perchè compensativamente si sviluppa la circonvoluzione omonima del lato destro. Alcuni afasici nello stato di miglioramento hanno pregato di parlare adagio, ciò grossolanamente significa che in essi vannosi formando nuove vie tra il centro di ideazione e il centro della udizione verbale.

Charcot paragona l'afasico ad un bambino che deve imparare a parlare. Per spiegare tutti gli atti, di cui esso ha bisogno fa una figura schematica, che ha dell'ipotetico,

ma che dà ragione di certi fatti clinici. Suppongasi una campana; un bambino la sente suonare, ma perchè possa ricevere questa sensazione acustica bisogna che egli abbia il *centro comune generico dell'udizione, centro indeterminato.* Per potere riconoscere che è campana, bisogna che la senta suonare molte volte, e in questo modo conserva la memoria uditiva della campana, cioè il centro indeterminato si determina in gruppi cellulari, ed al centro generico si sostituisce un *centro determinato del suono della campana.* Sentendo ripetere la parola *campana* arriva ad articolare questa parola, si stabilisce perciò un altro centro, il *centro della parola,* che prima non funzionava. Il bambino vede la campana, perchè possa ricevere questa sensazione bisogna che abbia il *centro visivo comune*; dopo aver vista diverse volte la campana, si sostituisce al *centro visivo comune* il *centro visivo speciale.* ed impara a riconoscere, vedendola, che quella è campana. Poi impara a scrivere la parola *campana* e si stabilisce il *centro grafico.* Dunque abbiamo due centri generici, uno per vedere, l'altro per udire, e quattro centri specifici. Ora questi centri non stanno isolati, ma uniti, perchè pronunziando la parola campana, si pensa, si riproduce la immagine acustica della parola campana, si vede la campana.

Ciò posto se la parola è il segno sensibile dell'idea, per parlare è necessario che ci sia il *centro dell'ideazione,* che deve necessariamente stare unito coi centri comuni e coi centri specifici. Alterandosi uno qualunque di questi centri si hanno le diverse forme d'afasia. Un individuo che legge la parola e non ne ha l'idea, ha interrotta la comunicazione tra i centri sensoriali e il centro dell'ideazione.

Ma di qual forma d'afasia trattasi nei due casi da noi esposti? Evidentemente dall'atassica; ed invero noi abbiamo visto che nelle due inferme l'intelligenza è buona, perchè colla mimica mostrano di comprendere ciò che loro si dice e colla mimica rispondono adeguatamente alla domanda, e s'indispettiscono che non possono pronunziare le parole; la memoria è buona, tanto che si ricordano di date più o meno antiche, non è la immagine acustica della parola che manca loro; e che sia afasia atassica è anche dimo-

strato dal fatto che dicendo loro una parola, che non son solite pronanziare, invitandole a ripeterla, non vi riescono. Bisogna perciò ammettere un' alterazione della 3ª circonvoluzione frontale sinistra. Ma oltre l' afasia abbiamo notato una leggiera diminuzione della motilità e della sensibilità a destra : dobbiamo qui ammettere un focolaio di distruzione, o un leggiero fatto di irritazione circoscritto? Prima si stava ad osservare se l' emiplegia risolveva , o non; se sì, il focolalo emorragico o irritativo si diceva leggiero, se no, si diceva grave. Però gli studii moderni hanno dimostrato che la gravezza della malattia dipende meno dalla gravezza del focolaio, che dalla sede dello stesso; così è grave quando sta nella capsula interna, non è grave quando sta al di fuori della capsula. Però questi fatti hanno bisogno di ulteriori osservazioni. Nel nostro caso non c'è grave alterazione della capsula, e se lesione c'è, questa è leggiera, o di vicinanza, perchè le alterazioni della motilità sono leggiere. Sono lesioni piuttosto corticali.

In quanto al prognostico dell' afasia in genere si deve essere riservati, perchè non si può essere sicuri della guarigione; per conseguirla bisogna una cura educativa analoga a quella che si fa pei bambini quando loro s'insegna a parlare. Nel nostro caso è meno riservata, perchè sono lievi le alterazioni di motilità e di sensibilità ; è specialmente meno riservato nella prima inferma, perchè in essa la data della malattia è più recente.

La terapia dell'afasia in genere consiste nel ripristinare la parola colla cura educativa, colla corrente elettrica.

Si consigliano i bagni termali nei mesi estivi ; devono essere di breve durata, e col freddo alla testa ; sono molto utili quando sono rimasti dei postumi di emiplegia, che non risolvono. Bisogna anche fare la cura morale, perchè gli afasici sono molto depressi. I risolventi si possono dare. Giovano pure i bromuri di sodio, di potassio, di zinco, di canfora, di ammonio presi isolatamente, od uniti; perchè esercitano un'azione sedativa sul sistema nervoso.

Fu dunque praticata in tutte e due l'inferme la cura educativa, invitandole giornalmente a ripetere le vocali, le consonanti, i numeri, la parola. Applicheremo la corrente

elettrica continua, o faradica situando il polo positivo alla nuca, il negativo al capo all'epigastrio, l'applicheremo pure agli arti superiore ed inferiore di destra.

Daremo un po' di ioduro di potassio alla prima inferma per risolvere l'ingorgo glandulare.

Conchiudiamo però col dire che non possediamo una cura specifica per l'afasia (1).

---

(1) Nella seconda inferma invitandola spesso a ripetere alcune parole ottenemmo che vi riuscì.

Istituto psichiatrico del Manicomio Provinciale di Napoli,
diretto dal Prof. BUONOMO.

CONTRIBUTO ALLA CONOSCENZA DELLE PSICOSI DEGENERATIVE.

(IDEE FISSE)

Per il Dott. GIOVANNI ANDRIANI

(cont. vedi il num. prec.)

*
* *

Forma clinica. — Tanto nella patologia comune quanto nella psicopatologia, uno dei più gravi problemi che si presentano all'attenzione del medico è quello che riguarda il limite preciso, la linea di confine tra lo *stato fisiologico* e quello *morboso*. Siffatto problema, ciò s' intende, diventa immensamente più difficile nel campo delle psicopatie, dove il compito, se non è diverso di natura, è diversissimo per estensione e complicazione , e dove, per maggior jattura, vengono a mancarci tanti mezzi d'indagine di che si è arricchita e si giova la comune patologia.

Il punto a cui siamo pervenuti nell'investigazione di questo problema è quello di dover segnare alle frontiere tra *stato sano* e *malattia*, e tanto più tra *pazzia* e *ragione*, non una linea precisa, più o meno inclinata in questo o quel senso, ma un'intera regione, popolata, come dice il Ball, di parecchi milioni di abitanti.

Alla migliore conoscenza di questa regione-frontiera è inteso questo nostro contributo. Ed in vero se molti tipi di cui ci occupiamo (massimamente se si considerano in certi momenti psicologici) non lasciano alcun dubbio nell'animo nostro che manifestamente appartengono alla grande famiglia degli psicopatici; altri non pochi, specialmente

nell'inizio dei loro disordini, vanno giudicati con altre riserve e con molta precauzione; così poco si allontanano dal tipo mentale comune dei loro simili.

Quest'altro compito che qui affrontiamo nella descrizione della fisonomia clinica delle diverse forme d'idee fisse, oramai ci si è reso più facile dopo la minuta esposizione dei momenti etiologici e patogenetici fatta innanzi. Ma prima di ogn' altro vogliamo far rilevare come, particolarmente in questo gruppo di disordini mentali, un' esame clinico per quanto si può scrupoloso e completo non riuscirà cosa vana; tanto più che anche da questo lato, a nostro modo di vedere, gli scrittori che se ne sono occupati riescono abbastanza incompiuti. Tutti in generale accordano volentieri la massima importanza al sintoma « *idea fissa, ossessione intellettuale ecc.* » e ne descrivono mirabilmente le diverse fasi di parosismo, remissione, intermittenza ecc.; ciascuno si sforza, a scopo di migliore intelligenza, di raggrupparli in un certo numero di categorie; altri, come il WILLE, pone un particolare studio nella descrizione dei sintomi fisici concomitanti; ma tutti egualmente lasciano qualcosa a desiderare quanto alla considerazione completa dell'individualità psicopatologica di cui ci occupiamo.

Prendendo a preferenza di mira il fatto intellettuale dell'idea fissa coi noti caratteri della lucidità e integrità della coscienza e della impotenza della volontà, poco costrutto ricaviamo noi per saper dire se nel caso concreto si tratta di una forma degenerativa o psiconevrotica, di una forma che durerà a lungo o che sarà transitoria, di una forma grave o di una probabilmente più benigna.

Invece son questi appunto i reali obbiettivi della clinica, la quale vuol sapere non tanto se si tratta di una forma di pazzia del dubbio con o senza timore del contatto, ma se da tutta la personalità psico-organica del malato, dal complesso dei sintomi, dal loro modo di origine, dal loro andamento ecc. vi è modo di ricavare qualche criterio direttivo tanto per la diagnosi quanto per la prognosi e la cura.

Con questi criterii ci sforziamo di procedere nella se-

guente esposizione; ed in ciò troveremo non poca agevolazione nella distinzione delle forme *psiconevrotiche* da quelle *degenerative*, già fatta nella trattazione delle cause.

Che le idee fisse appariscano più nell'uno che nell'altro sesso, più in certe classi sociali e sotto certi indirizzi igienici ed educativi e in certi periodi di età che in certi altri, è cosa che abbiamo visto altrove; e ne abbiamo eziandio esposto le ragioni. Qui vogliamo vedere innanzi tutto se per le idee fisse, come per la massima parte delle psicopatie, esiste un periodo d'*incubazione*.

Su questo riguardo bisogna distinguere le forme psiconevrotiche dalle degenerative.

Nelle forme psiconevrotiche, che sono le più rare, è di regola che la fase che precede l'apparizione dell'idea o dell'idee fisse sia riassunta in un breve periodo, da pochi giorni a poche settimane. Mentre l'ammalato è sotto l'influenza delle cause nevrasteniche innanzi descritte (convalescenza di malattie gravi, onanismo, puerperio, miseria ecc.) appare un periodo prodromico di stanchezza fisica e morale, d'insonnio, di umore depresso ed irritabile, cefalea, senso di vertigini o di ondate di sangue al capo (Krafft-Ebing), disordini gastro-enterici ecc., cui succede l'invasione delle idee morbosamente fisse. In alcuni casi l'invasione è così tumultuaria, e lo stato di ansia, d'inquietitudine, d'irritabilitá del malato é così notevole da far credere all'inizio di una forma maniaca semplice o di pazzia sensoria; e, a dir vero, non è infrequente che per lo stato di eretismo dei centri sensorii, si presentino allucinazioni ed illusioni più o meno tipiche in questo periodo, le quali di poi scompaiono per lasciare il posto alla semplice ossessione intellettuale. Gli ammalati di questo genere non presentano nessun indizio di eredità o di altre influenze degenerative acquisite; qui il contrasto con tutti i precedenti psichici del soggetto è tipico, e la forma psicopatica che si sviluppa è d'ordinario acuta e benigna. Dobbiamo aggiungere che quando il terreno è sufficientemente preparato, lo scoppio del male suol essere affrettato e reso più vivace da cause adiuvanti, fisiche o morali, che concorrano ad accrescere lo squilibrio in cui già si trova il si-

stema nervoso: tali sono tutte le emozioni deprimenti, l'abuso degli alcoolici ecc.

Ben diverso è il periodo d'incubazione nel caso delle forme degenerative che sono le più frequenti. Se richiamiamo alla nostra memoria tutte quelle peculiari anomalie che abbiamo rilevate nello sviluppo di tutto l'organismo mentale di questi degenerati, tanto di quelli in cui l'origine delle ossessioni morbose si confonde col primo loro sviluppo psichico, quanto di quegli altri, pur degenerati e psichicamente infermicci, in cui le ossessioni appariscono in un periodo inoltrato del loro sviluppo, saremo costretti a concludere che tanto negli uni quanto negli altri le idee fisse sono un semplice epifenomeno della loro mentalità già malata *ab origine*, e che per conseguenza l'incubazione di esse si confonde con la storia dello sviluppo psichico di siffatti soggetti. Accidentalmente e in modo del tutto superficiale può apparire un certo distacco tra lo stato ordinario della loro mente e il momento in cui questa è presa dall'ossessione morbosa, il che avviene quante volte la corrente della loro vita va ad urtare improvvisamente contro insolite difficoltà, morali o fisiche; ma se ben si guarda tutto ciò rivela piuttosto l'anormalità stessa del loro sistema nervoso che reagisce disordinatamente a certi stimoli, anzicchè un fatto nuovo che d'improvviso sopravvenga, sicchè si possa dire che con esso s'inizia una nuova entità morbosa. Questa è la necessaria conclusione che ricaviamo dall'attenta considerazione delle nostre *osservazioni*, e segnatamente dalla *1ª*, *3ª* e *4ª*, delle quali dobbiamo dire che le diverse forme d'idee coatte ivi descritte o non abbiano avuto un vero periodo di preparazione o che questa si confonda con l'evoluzione mentale stessa dei diversi soggetti.

Non è superfluo far rilevare che siffatto modo d'incubazione e di prodromi è esattamente lo stesso di quello che si osserva nei delirii sistematizzati primitivi.

A questo stadio iniziale succede il quadro completo della psicopatia, che si può riassumere nelle tre note principali seguenti, già ricordate:

1° *Vi è un ossessione, un'idea, semplice o accompagnata da tonalità emotiva o impulsiva.*

2° *La coscienza si mantiene più o meno lucida, ed è vivamente attratta sul ristretto contenuto intellettuale;*

3° *L'energia volitiva lotta più o meno vivamente, ma invano, contro l'ospite importuno.*

Rispetto a quello che si verifica nella mente di un paranoico qui ci troviamo in generale in perfetta antitesi. Nel delirante sistematizzato infatti non vi è coscienza del proprio stato, non lotta ma fede cieca nelle sue idee, non ossessione intellettuale riconosciuta per tale ma delirio.

Dalle note precedenti s'intende con quanta ragione si dica delle idee fisse ch'esse stanno sulla soglia della *ragione*. Infatti nessuna di queste note, e nemmeno tutte insieme, valgono a contrasegnare una forma qualunque di pazzia, essendocchè impulsi, stati emotivi, pensieri, motivati o meno (e ne abbiamo addotti esempi discorrendo della genesi), sorgono o si destano improvvisamente nella nostra coscienza sana, integra, accompagnati da viva, ma tante volte inutile lotta della volontà che vorrebbe scacciarli; e tutto questo suole accadere in condizioni che, se non sono rigorosamente fisiologiche, nessuno oserebbe dire patologiche. Ma d'altro lato le stesse note si applicano a casi gravi d'impulsi omicidi o suicidi, coscienti e incontrollabili, e che nessuno oserebbe dire fisiologici; sicchè dobbiamo di nuovo conchiudere che solo dalla complessiva considerazione di tutti gli elementi che concorrono a costituire il caso speciale, possiamo giudicare s'esso appartenga alle più lievi deviazioni dallo stato fisiologico ovvero costituisca una più o men grave entità psicopatologica.

La sorgente immediata delle idee fisse, tanto nelle forme degenerative quanto in quelle psiconevrotiche, l'abbiamo descritta altrove. Vi concorrono in generale gli stessi fattori onde si formano e si riproducono le nostre idee in condizioni fisiologiche; un pensiero o un idea può destarsi in noi tanto per diretto eccitamento dei centri di ideazione o per un'eccitamento prodotto da un'impressione sensoriale, quanto per associazione, più o meno cosciente, di un'idea con un'altra, con la quale la prima sia in rapporto di somiglianza o di analogia, di contrasto, di coesistenza, di causa ad effetto, di somiglianza fonetica. ecc.

Ma qui vogliamo in modo speciale insistere sul modo di genesi di alcune idee fisse in dipendenza di alcuni disturbi sensitivi che occorrono sotto forma di nevralgie, paralgie, parestesie, anestesie, turbata cenestesi, angoscia precordiale. Le idee che si accompagnano a siffatti disturbi hanno eminentemente il colorito di un sentimento più o meno doloroso fino al grado estremo di angoscia, e sogliono risolversi nelle più gravi crisi nervose. È tendenza dei soggetti che ne sono affetti quella di obbiettivare le loro sensazioni e cercarne le ragioni o in una grave affezione del sistema nervoso centrale o degli altri visceri, o fuori di loro nel mondo esterno e negli eventi della vita passata. In tal caso ordinariamente la coscienza si turba, il giudizio è falsato, e vengon su idee deliranti di carattere ipocondriaco o lipemaniaco. Ma tante volte l'ossessione morbosa è lungamente discussa, la coscienza rimane lucida, la volontà lotta con tutte le sue forze contro l'ospite avverso, giudicato nel suo giusto valore; sicchè ci troviamo qui dinanzi ad una vera *forma d'idee fisse ipocondriache*, le quali hanno la stessa genesi delle comuni forme ipocondriache, ma si arrestano ad un gradino più basso, più o meno discosto dalla soglia del delirio.

Casi di questo genere sono non rari nella pratica. Ma ho visto pure più d'una volta, in un'ulteriore fase della malattia, e generalmente dopo uno o parecchi accessi, cambiata la scena; e quelle idee ieri giudicate storte oggi accettate senza discussione e sostituita alla vera causa del male l'idea della persecuzione e dell'avvelenamento, con un passaggio lento o rapido dalla semplice idea coatta all'ipocondriasi o al delirio di persecuzione.

Sulla stessa base dei disturbi di senso possono originarsi idee d'un colorito non ipocondriaco ma lipemaniaco. L'individuo che n'è colpito ha un sentimento vago di scontentezza, di noia che gli rende indifferenti e perfin dolorose le impressioni altra volta piacevoli; incapace di qualunque utile iniziativa, resta oppresso sotto il peso di un lento e indefinibile dolore, ch'egli giudica come un fatto morboso e a cui invano tenta sottrarsi.

Anche questa *forma psicalgica* che presenta lo stesso

inizio delle vere forme malinconiche può trapassare ulteriormente in una vera lipemania, ma può anche lungamente conservarsi con tutte le note di una forma d'idee o sentimenti fissi dolorosi.

Finalmente alcuni dei citati disturbi nervosi, segnatamente quelli che invadono come aura precordiale, sogliono generare uno stato intellettuale cosciente o subcosciente estremamente intenso con tendenza irresistibile a tradursi in azione *(forma impulsiva)*. Astraendo da quei casi in cui la violenza delle correnti sensibili sconvolge i supremi centri cerebrali, dando luogo ad una scarica (atto impulsivo) che resta fuori del campo della coscienza, in altri casi la coscienza e la volontà si mantengono lungamente attive, e quando l'idea fissa si traduce in atto, ciò avviene a dispetto delle intenzioni stesse dell'individuo.

Qualunque sia la sorgente dell'idea fissa, il modo come essa arriva a stabilirsi nella mente del malato può esser lento o celere. Per le forme degenerative, alle quali appartengono tutte quante le nostre istorie, è di regola che l'ossesione intellettuale si vada sviluppando lentamente come parte della mentalilà; sicchè non si saprebbe dire quando veramente ha cominciato ad esistere. Tali sono le idee fisse con timore del contatto, con tendenza al calcolo ec. della *1. e 2. osservazione*, e le idee impulsive della *4.* Queste stesse forme, ordinariamente lente e subdole, possono, sotto speciali influenze esaurienti morali o fisiche, subire delle fasi di esacerbazione, quando sembravano sopite o scomparse; e in tal caso si incontrano, nel corso stesso della psicosi, periodi di acuzie che sembrano come forme *ex se*, con un invasione rapida e tumultuaria, ed accompagnate da accessi di ansia, di agitazione, di paura, di tremori sì vivi da simulare un accesso di lipemania ansiosa. Ne abbiamo esempio nei vari accessi di timore del contatto della N. P. della *3. osservazione*. Nelle forme degenerative acquisite un invasione brusca è frequente *(2. osservazione)*, e coincide con tutte quelle sfavorevoli influenze già studiate che vanno a turbare il non solido equilibrio mentale di questi soggetti. Fuori di queste circostanze anche in questa categoria di casi l'invasione suol esser lenta.

Un' invasione rapida è di regola nelle forme psiconevrotiche. Forme di atremia, claustrofobia ecc. e forme diverse d' impulsi appariscono in modo brusco, e spesso molto accentuato, in seguito ad eccessi sessuali o sotto l' influenza della pubertà, del puerperio, della menopausa o durante la convalescenza di gravi malattie acute.

Se ben si riflette sembra si possa concludere che la maggiore o minor rapidità dell' invasione sia meno legata alla natura psiconevrotica o degenerativa del disordine mentale, anzichè delle cause prossime che immediatamente lo determinano.

Stabilitasi l' idea fissa nella mente del malato, e per poco ch' essa abbia raggiunto un certo grado d' intensità, la situazione di lui è delle più sconfortanti, ed è tanto più triste in quanto ha coscienza più o meno chiara dei propri disordini ed è nello stesso tempo impotente a domarli.

Qualunque sia la forma dell' ossessione mentale, non vi ha sfuggita per lui, il cui pensiero è fatalmente incatenato sempre sullo stesso punto. Alla varietà spontanea o provocata delle immagini è succeduta un' affligente monotonia, alla scorrevolezza delle idee l' arresto, alla cosciente libertà la cosciente schiavitù del pensiero. Poichè non vi ha corda sensibile fuori del cerchio dell' ossessione, così non vi ha in lui capacità ad interessarsi di nessuno e di nulla che a quella non si riferiscano; sulla quale essendo assorta tutta quanta la sua attenzione, è ben difficile nel colmo dei parosismi ch' egli porga orecchio alle domande o ai discorsi che gli si rivolgono. In moltissimi casi è lo stesso ammalato che tempesta i parenti, gli amici, il medico di mille domande, intese a calmare i suoi dubbî, le sue apprensioni, gli scrupoli, o a chiarire la natura delle sua malattia; domande inutili e scoraggianti a chi le fa, perchè tante volte conosce anticipatamente che le rispettive risposte non l' interessano e che in ogni caso non giungeranno a soddisfarlo. Quest'affliggente situazione, contro la quale inutilmente si oppone con tutte le sue forze, in alcuni casi è aggravata dalla natura stessa dei pensieri fissi che sono per sè stessi di tonalità dolorosa o angosciosa (idee ipocondriache, preoccupazione sulla riputazione

o sulla sicurezza propria, della famiglia ecc. orrore per le piazze, per i luoghi chiusi, per la polvere ecc.); ovvero per la irresistibile tendenza che ne deriva ad azioni ridicole, immorali o criminose (tic diversi, suicido, omicidio, furto). Ne viene che il più delle volte, più presto o più tardi, tutte le ordinarie occupazioni della vita di questi ammalati restano compromesse, e con ciò il loro avvenire e quello della loro famiglia è rovinato. Vi ha chi rinunzia per sempre alla lettura dei libri per timore di non voltare insieme due pagine invece di una sola; chi va raccattando tutti i pezzetti di carta che gli cadono sott' occhio per paura che non contengano una pericolosa rivelazione sul proprio conto; chi si ritira dagli affari e manda a rovina la propria azienda per un eccesso di scrupoli; chi dubita della propria castità e si sottomette a mille inutili prove per persuadersi del contrario; chi s' ingolfa in calcoli di calcoli senz' ombra di scopo; chi si logora il cervello nella soluzioni dei più astrusi quesiti; chi dubita di tutti gli atti di sua vita e perfin della propria esistenza ecc.: si tratta insomma in ogni caso di uno dei più gravi disordini che danneggiano considerevolmente gl' interessi materiali e morali dell' individuo, e spesso insieme quelli della famiglia e della società. Particolarmente compromessa è la sicurezza della famiglia e della società nelle gravi forme impulsive, tanto più in quanto spesse volte le lunghe lotte che l' ammalato sostiene con sè stesso per opporsi alla irresistibile tendenza omicida si compiono nell' intimo della sua coscienza, e nessuno ha l' opportunità di accorgersene, tranne a fatti compiuti. Qui sarebbe vano citarne esempî che abbondano in tutti i trattati speciali. Ma anche in altre forme meno gravi, come in quelle emotive con timore del contatto, abbiamo visto (*osservazione 3.*) quanto possano restar danneggiati i più vitali interessi della famiglia per una malattia che ha tutte le apparenze di un semplice capriccio.

È costante ed è caratteristica di tutte le forme d' idee fisse la conservazione della coscienza del proprio disordine mentale, ch' è giudicato come morboso, com' estraneo alla propria personalità psichica. Su questo punto le di-

verse espressioni di cui si servono gli ammalati per significare il proprio disordine (« tortura , stranezza , capriccio, tirannia dei nervi », « pensieri sciocchi » , « qual- « cosa che fa uscir pazzo » « qualcosa ch' è più forte di « loro », « una terribile fatalità » ecc.) conducono tutte alla stessa conclusione. Invece la fede del delirante sistematizzato, del lipemaniaco, dell' ipocondriaco nelle proprie idee deliranti è d' ordinario cieca e indiscutibile. Tuttavia convien dire che questa opposizione, specialmente quella tra i paranoici e gli ammalati di idee fisse, non ha il valore di un fatto assoluto. Mettiamo da banda quelle forme paranoiche, melanconiche ed ipocondriache, non poche, che s' iniziano con l' aspetto completo delle idee fisse per trapassare insensibilmente in vere forme deliranti. Tralasciamo pure di dire di quelle più basse forme d' idee impulsive, in cui l' immagine morbosa non sempre o difficilmente si eleva fino alla completa chiarezza della coscienza, e dove i rapporti tra l'io e il mondo esterno sono percepiti alquanto oscuramente e come attraverso un velo. A parte tutto ciò, in molte forme tipiche d'idee fisse emotive, nel forte dei parosismi bisogna andar molto cauti nel sentenziare quanta parte dell' ossessione è giudicata morbosa e quant' altra accettata senz' ombra di discussione. Tante volte si giudica storta un' idea, quando la tempesta è già passata , ma nel momento dell' attacco la cosa è ben diversa. Così l' ammalata di pazzia del dubbio con timore del contatto, studiata dal Tamburini , scriveva alla famiglia , quand' era in una fase di sensibile miglioramento : « Il *dubbio* è proprio scomparso e per conseguenza anche il timore di essere perseguitata da voi : quante volte , ricordando il passato, mi pare impossibile di essere stata capace di vedere in voi dei nemici. E me ne farei acerbo rimprovero, se non comprendessi *che la malattia mi faceva pensare in tal modo* ». E le cose non vanno molto diversamente nella nostra ammalata della *3.ª osservazione*.

E per contrario , in molte forme di paranoia , non in tutte le fasi della malattia esiste lo stesso grado di convinzione rispetto al contenuto intellettuale. Anche nei pa-

ranoici, non solo in principio ma eziandio nel corso del loro delirio, vi sono momenti di sconforto, di dubbiezze e perfino il sospetto possibile della pazzia. L'opposizione dunque tra i paranoici e gli ammalati d'idee fisse, quanto alla sostanza del loro contenuto intellettuale, non è nè assoluta nè, tanto meno, applicabile in tutte le fasi del rispettivo disordine mentale.

Ammessa in massima la chiara concezione del proprio disordine negli ammalati d'idee fisse, non per questo è meno evidente in loro l'incapacità di dominarlo, di allontanare dalla loro mente l'ossessione morbosa. La citata ammalata del Tamburini, diceva, descrivendo gl'inutili sforzi durati per allontanare i suoi timori di contaminazione, *di essere la più bella prova della non esistenza del libero arbitrio*. E di espressioni analoghe si servono tutti questi malati per significare l'impotenza della loro volontà di fronte all'idea dominante.

Al contrario del paranoico che non prende in esame critico le proprie idee, che per lui hanno tutta l'importanza di altrettanti assiomi, e che in tutti gli eventi della sua vita passata e in tutto ciò che avviene intorno a lui non vede che le prove delle sue strane concezioni, l'ammalato d'idee fisse analizza con una stringente dialettica le sue ossessioni ch'egli trova assurde e insensate, evoca i più remoti ricordi della sua vita raffrontandoli a quelli di oggi per provare l'integrità della sua memoria, descrive e giudica con mirabile lucidezza le sue sofferenze e si sottomette alla più dure e difficili prove per persuadere sè stesso e gli altri che i suoi pensieri non gli appartengono punto. Una delle maggiori preoccupazioni di questi malati è anzi quella che non abbiano a smarrire quando che sia la loro ragione. Un contegno di questo genere, che negli ammalati d'idee fisse può durare per tutto il corso della malattia, è appena possibile d'incontrarlo di volo nell'inizio e nel corso della paronoia.

Ma come abbiamo detto, per rispetto al grado di coscienza del proprio disordine mentale, che non è lo stesso in tutta le forme e in tutte le fasi delle idee fisse, lo stesso deve dirsi del grado di opposizione contro la mor-

bosa ossessione e del relativo risultato. In generale la volontà di questi malati è più attiva e più efficace nei primi stadî della malattia anzicchè nelle fasi ulteriori; imperocchè il detrimento dei supremi centri nervosi è prima di tutto rigorosamente proporzionale al numero degli attacchi, vale a dire alla durata della malattia. In principio e in tutte le forme di ossessione, comprese quelle impulsive, la forza di controllo suole ricevere avvaloramento dall'iniziativa stessa dell'ammalato o anche da circostanze esterne.

E' noto che in questo periodo la presenza di persone estranee e, in generale, il trovarsi l'ammalato meno in balia di sè stesso, vale a deviare il corso dei suoi pensieri e le rispettive tendenze. Talvolta bastano piccoli mezzi, in apparenza inadeguati allo scopo, a scongiurare una crisi. Così quel chimico, di cui parla GEORGET (1), travagliato da forti impulsi omicidi, metteva un freno alle sue tendenze facendosi legare strettamente i due pollici con un debole nastro. Anche gli ammalati di rupofobia, agorofobia, claustrofobia ecc. assumono in principio un contegno corretto in presenza di estranei o di impressioni che scuotono fortemente la loro attenzione. — Bisogna aggiungere, in secondo luogo, che la lotta di questi ammalati contro le loro idee morbose è proporzionale al grado d'intensità del rispettivo stato intellettuale, vale a dire al grado di coscienza. Sono le forme emotive (*pazzia del dubbio con timore del contatto, stati diversi di paura morbosa*) e in parte pure le forme impulsive (*impulsi al suicidio, all'omicidio*), quelle in cui si producono i più intensi stati di coscienza, poichè l'idea morbosa qui raggiunge il grado del più alto affetto con forti tendenze ad azioni insensate o criminose, o, come nell'agorafobia ecc., con forti tendenze impeditive di alcune azioni. Qui la lotta dell'ammalato contro l'ossessione morbosa è veramente disperata e l'esito tanto più sfavorevole quanto il male è più antico. Nelle più basse forme impulsive, come abbiamo detto, per l'oscurità delle correnti nervose, pure estremamente intense, un vero

(1) V. DAGONET; *Traité* ecc. pag. 298.

stato di coscienza difficilmente si produce, ond' è che qui la lotta è meno eccentuata e tante volte manca del tutto.

È inutile soggiungere che tipi o fasi di questo genere si rinvengono a preferenza nei più bassi tipi di sviluppo mentale.

Importante, sopratutto per la medicina forense, è la distinzione tra la forma clinica impulsiva, quale l' abbiamo descritta nella malattia delle idee fisse, e le altre forme impulsive che occorrono in altri stati psicopatici. Si sa che atti impulsivi si danno, oltrecchè transitoriamente in condizioni fisiologiche, anche nel corso delle forme frenasteniche propriamente dette (idiotismo, imbecillità), nell'epilessia, nell' isterismo, nella pazzia morale, nelle forme maniache e malinconiche, nei delirii sistematizzati primitivi, nella paralisi generale, nella demenza. Rispetto a questi atti impulsivi (e parliamo a preferenza di quelli che hanno notevole importanza morale e giuridica: omicidio, furto) diversamente si comporta nei diversi casi la coscienza e la volontà del paziente. In generale e nei casi tipici, mentre l' azione morbosa dell' ammalato d' idee fisse è cosciente e contraria alla volontà, quella dell' imbecille, del demente e del paralitico a stadio inoltrato è accompagnata da piccolo rudimento di coscienza e di volontà; quella dell' epilettico avviene fuori dell' una e dell' altra; quella del pazzo morale è cosciente e prodotta da pervertita volontà; quella del pazzo comune e del paralitico a stadio non inoltrato è prodotta secondo lo schema dell'azione fisiologica, vale a dire è determinata da motivi che entrano nella coscienza del malato e lo determinano all' azione, ma questi motivi son falsi (un' idea delirante, un' allucinazione).

L' imbecille appicca il fuoco, si appropria della roba altrui, ammazza, distrugge ecc. e in ciò fare, non si può dire, a rigor di termini, ch' egli non abbia uno scopo, che intorno a questo scopo non lavori per conseguirlo, e che, conseguitolo, non sia in grado di serbarne memoria e darne i più minuti ragguagli. Anche le azioni dell' imbecille, sotto questo punto di vista, sono perfettamente tracciate sullo schema delle azioni fisio-

logiche. Senonchè un attento esame dimostra quale immensa distanza separa le une dalle altre. Nessuno, in condizioni fisiologiche e ad un certo grado di sviluppo mentale, oserebbe commettere le stesse azioni dell' imbecille per gli stessi futili, primitivi e quasi organici motivi ai quali costui più o meno istintivamente obbedisce. L' imbecille, pel fatto stesso del suo deficiente sviluppo psico-corporeo, vive in un mondo fisico, intellettuale, morale e sociale troppo ristretto. Movente o impedimento delle sue azioni non sono le lunghe ed elaborate considerazioni sul valore, la convenienza e le conseguenze possibili dell' atto, ma il grado maggiore di piacere conseguito o di dolore evitato nel momento dell' azione. I principi direttivi dei suoi atti sono in una parola gl' interessi della propria persona; non già gl' interessi morali, che per lui son lettera morta, ma gl' interessi fisici o quasi fisici, il piacere dei sensi o quel genere di piaceri morali, strettamente egoistici e tanto involuti e primitivi che poco si elevano al di sopra della semplice sensazione: per esempio il piacere morale (*sic*) di prender parte ad un lauto pranzo, di assistere ad uno spettacolo, di buscarsi una sciarpetta, qualche moneta ecc. Di speciale importanza, nella genesi degli atti impulsivi degl' imbecilli, sono quelle oscure e indeterminate sensazioni con le quali si annunzia il bisogno sessuale. Tutto ciò e tutti quelli che son buoni a procurargli di questi piaceri formano la schiera delle sue affezioni e delle sue amicizie *pro tempore*, tutto ciò e tutti quelli che gli avversano questi piaceri o che gli son cagione di dolore costituiscono la schiera delle sue antipatie e dei suoi nemici, cui egli non tarderà a danneggiare o distruggere. Quando la madre non fa a tempo a soddisfare i reclami del suo stomaco, l' imbecille, se il timore non lo trattiene, darà di piglio alle pietre e distruggerà in un attimo gli effetti di casa, se pure non farà bersaglio dei suoi colpi la stessa genitrice. Tutte le mamme sanno che, se lasciano per poco in casa solo qualcuno di questi soggetti, al ritorno troveranno tutto in soqquadro e distrutte le migliori cose per farne balocchi. E tante volte questa smania di divertirsi può finire in un incendio appiccato

così per semplice svago. Che se in casa si trovava qualche fratellino più piccolo, potrà accadere, tra l'uno e l'altro scherzo, ch'egli lo metta a sedere sulla brage o gli dia un bagno di acqua bollente e lo faccia morire, tanto per vederlo strillare e farsene una risata.

Con la naturale tendenza a procacciarsi tutto ciò che direttamente o indirettamente è piacevole si sviluppa precocemente in questi soggetti l'istinto del furto. Balocchi, sciarpette, roba da mangiare, soldi esercitano su di loro un fascino irresistibile. Non vi ha esitazione, non lunghe preparazioni, non vergogna del fatto compiuto; la prepotenza del desiderio qui giustifica insieme la necessità e l'istantaneità dell'azione. Altre volte, come abbiamo detto, l'azione morbosa dell'imbecille ha per punto di partenza non più il dolore, schiettamente fisico, ma il dolore morale, di una qualità, però, molto bassa e primitiva. È proverbiale l'istinto vendicativo dell'imbecille per motivi di pochissimo conto. Estremamente eccitabile, con qualità dolorifiche, ogni volta che il suo egoismo o la sua vanità sono contrariate, si abbandona a vendetta la più pronta, la più eccessiva, per trasportare sull'offensore quel dolore che mette in convulsione, più che l'animo suo, i suoi sensi. Questa è l'origine di molti atti impulsivi incendiarii, distruttivi o omicidi degl'imbecilli.

La vita di azione del demente, per ragioni ben note, si conduce su per giù sullo stesso schema di quella dell'imbecille, e quel che diciamo dell'uno vale anche per l'altro.

In che sta la differenza tra gli atti impulsivi dell'imbecille e quelli dell'ammalato d'idee fisse? Innanzi tutto i motivi di basso egoismo come movente dell'azione non appaiono nel malato d'idee fisse. Ciò che muove quest'ultimo è quasi sempre ignoto a lui stesso, è qualche cosa più forte di lui, che lo trascina contro la sua volontà. Non è la vendetta che lo muove ad uccidere perchè alla sua vittima è legato con vincoli di affetto o per lo meno essa non è tale da meritare la sua collera; non è l'interesse che lo spinge ad appropriarsi della roba altrui perchè non ha bisogno e perchè quel che ruba non ha valore per lui e non sa che farne. L'imbecille nelle sue azioni mal-

vage o criminose non riflette al loro valore morale e alle loro conseguenze giuridiche. Che un incendio metta sul lastrico una famiglia, che un furto lo disonori, un omicidio lo getti o no in un carcere ecc., tutte queste son cose che non gli passano pel capo, e per questo appunto, non avendo tempo da perdere in fantasticaggini, si sbriga e non ci torna su con rimpianti. L'azione impulsiva dell'ammalato d'idee fisse è invece per lo più preparata da lunga mano, considerata con orrore, sviata per quanto è possibile a costo dei maggiori sacrifizii. Qui evidentemente la coscienza dell'azione morbosa non si limita alla semplice notizia del fatto e delle sue conseguenze più immediate, come nell'imbecille, ma abbraccia, il più completamente che può, tutti gli elementi e le conseguenze, immediate e remote, dell'azione stessa. In questa più completa e più profonda considerazione dell'idea e dell'azione impulsiva troviamo ad un tempo la ragione della sua maggiore spiritualità e del maggiore ritardo tra l'impulso e l'azione, rispetto a quello che si verifica nelle forme frenasteniche propriamente dette. Anche il contegno dell'ammalato, ad azione compiuta, suol esser differente nei due casi. Non è a parlare di pentimento nell'imbecille; il suo contegno a fatti compiuti o sarà lieto, o indifferente o pauroso (se ne teme un castigo), ma non mai contrito. Nell'ammalato d'idee fisse invece il contegno è ordinariamente quello di un uomo profondamente rassegnato al suo destino. « *Va a svegliare tua madre* », diceva uno di questi ammalati subito dopo il misfatto, « *e dille ch'io ho assassinato il piccolo Carlo* ». Non è diverso il contegno della nostra T. M. della 4ª *osservazione*. Non cercano mai di nascondere il corpo del delitto, non di attenuarne l'importanza, non di sfuggire alla giustizia, anzi ordinariamente vanno a denunziarsi da loro stessi.

Le azioni morbose del pazzo morale si trovano già ad un livello psicologico più alto, rispetto a quelle dell'idiota e dell'imbecille, avvertendo però che le transizioni da un caso all'altro si fanno per piccoli gradi. Il pazzo morale procede nelle sue azioni meno tempestosamente, meno convulsivamente dell'imbecille. Anche lui ha per articoli di

fede gl'interessi della propria persona, ma quando si muove l'obbiettivo è più grandioso, e, se incendia, ruba, uccide, si ribella contro la forza pubblica ecc., non lo fa per una sciarpetta o per pochi soldi, ma aspira alla notorietà, al prestigio morale nella classe, insomma a qualcosa di grosso.

Sopratutto non si avventura così alla leggiera, ma dietro un piano abilmente concertato; sì che, fallisca o no l'impresa, in ogni caso riesca sommamente difficile la scoperta del vero autore. Ed è questo appunto che aggrava d'ordinario la sua posizione di fronte alla giustizia. In questo raffronto, tra gli atti morbosi dell'imbecille e quelli del pazzo morale, risalta in quest' ultimo un migliore discernimento di quello che fa, un acume, una spiccata furberia che manca al primo. Egli è perchè l'intelligenza nel pazzo morale ha avuto un esplicazione, se non perfetta, certamente più larga e più profonda che non nell' imbecille; esplicazione che d'ordinario non si arresta all'acquisizione del semplice meccanismo logico del pensiero (carattere che in un certo grado si riscontra pure nell'imbecille), ma che si spinge fino alla considerazione teorica delle idee morali di onore, benovolenza, amicizia, generosità, religiosità, pudore, amor di patria ecc.

Sicchè a parlare con questi soggetti vi è da restarne edificato e conquiso, tanto inappuntabilmente sanno farla da moralizzatori. Ma s'è così, perchè poi nella pratica son tanto cattivi? Il fatto patologico delle idee fisse da un lato e l'esperienza quotidiana della nostra attività fisiologica dall'altro ci dimostrano abbastanza chiaramente come non basti l'idea o il semplice desiderio di fare o non fare una qualche cosa perchè l'azione rispettiva avvenga o sia impedita. Perchè l'idea trapassi nell'azione, occorre ch'essa sia fortemente sentita, profondamente radicata nell'animo nostro; in una parola all'azione occorre il sentimento. Or questo appunto è il lato debole del pazzo morale. In lui, sia in modo acquisito, sia, più spesso, ingenitamente, tutta quanta la sfera del sentire è stranamente pervertita. Convien dire, a tal proposito, che lo studio delle alterazioni morbose della sfera sensibile, fisica e psichica, tanto nella patologia comune che nella psicopatologia, è ben lungi dall'avere attirato

la dovuta attenzione e dall'aver dato tutti quei risultati che legittimamente se ne debbono attendere. Tra l'anestesia e l'iperestesia comuni, tra l'anestesia e l'iperestesia psichiche, vi è una serie infinita di variazioni, di disposizioni e di toni che vanno analizzati e classificati nei singoli casi con criterii e con espedienti molto più efficaci di quelli seguiti finora. E l'argomento che trattiamo è di quelli che più reclamano siffatto sussidio.

Nel pazzo morale dunque rileviamo, spesso fin dai primi anni, uno strano pervertimento nei modi del sentire. Lasciamolo dire al MAUDSLEY (1): « Conforme a ciò, nel fanciullo, lungo tempo prima che si attacchi ai suoi atti alcuna responsabilità, sarà testimoniata o una inabilità congenita a rispondere alle impressioni esterne — donde idiozia di maggiore o minor grado — o uno stato degenerativo dell'elemento nervoso, per cui grandemente soffrono l'assimilazione naturale delle impressioni e la reazione conveniente a loro. In quest'ultimo caso è un vero difetto nella composizione o costituzione dell'elemento nervoso: la sua degenerazione significa la perdita della sua *specie* e la esistenza di una *specie* inferiore: conforme a ciò l'impulso fondamentale della conservazione propria, come materia vivente della specifica qualità, è abolito. I pervertimenti più strani negli appetiti del fanciullo e gli sforzi istintivi lo rivelano chiaramente, poichè invece di spiegare un'avversione a ciò che nuoce e rigettarlo, il bambino prende positivamente con vivo desiderio quello ch'è molto pernicioso. In tutti i gradi e le specie della vita sana si fa fede, operando, dell'*attrazione* di ciò che s'addice al crescimento e allo sviluppo, e della *ripulsione* per ciò che non vi si attaglia; nelle infime forme della vita le si descrivono semplicemente come attrazione e ripulsione, o assimilazione e rejezione; salendo la scala della vita l'attrazione si fa *appetito* e la ripulsione *avversione;* se montiamo ancor più in alto, l'attrazione è il *desiderio* o l'*amore*, la ripulsione il *disgusto* o l'*odio* ecc., e l'ultimo e più alto sviluppo di questi impulsi fondamen-

(1) *Fisiologia e patologia dello spirito;* pag. 301.

tali è il *consentimento* o la *ripugnanza*. Ma nel fanciullo venuto alla luce con una forte predisposizione alla pazzia vi è difetto di questa prestabilita armonia fra la costituzione individuale e la natura esterna; la creatura malata divora con avidità ogni robaccia e attizza il fuoco colle dita; desidera ardentemente e pazzamente si strugge per ciò che l'è di nocumento e rifiuta e rompe quello che le sarebbe conveniente ed aggradevole, se non fosse mal costituita; nulla ama fuor degli atti distruttivi e viziosi, che sono le espressioni di una degradazione avanzata, ed odia quello che favorirebbe il suo svolgimento ed è necessario alla sua esistenza come ente sociale ».

Vi ha di questi fanciulli che presentano la più completa insensibilità della cute (1); altri che prendon diletto a bere le proprie orine, a ingollar pezzetti di unghie, calcina, carbone ecc.; ovvero a dormir sul nudo terreno piuttosto che a letto; a lordare dei loro escrementi i propri abiti o i migliori effetti di casa; a sfogare la loro crudeltà contro i fratelli o i camerati, con pungerli, scottarli, sgraffiarli per nulla; o contro gli animali, strappando loro peli ed unghie e sottoponendoli a mille torture. E non è infrequente in loro una morbosa precocità sessuale, prima ancora che siffatto istinto sia penetrato nella coscienza ed abbia chiaramente rivelato il suo scopo. Conosco un bambino a cinque anni, furbo, bugiardo, disaffezionato coi genitori e con tutti quelli che gli fan del bene, ingordo, crudele per istinto e che si diverte a introdurre nella bocca di un gattino l'organo copulatore, già turgido come in un uomo adulto e molto più sviluppato che d'ordinario, affermando di volerlo fare perchè ne prova un gran piacere. Questo bambino, che per altro dimostra di non avere una chiara notizia delle differenze anatomiche tra i due sessi, si va cacciando furtivamente sotto le gonne delle persone di servizio, palpandole e stringendosi a loro in atteggiamenti osceni ed è ridotto a tale che tutte le mamme del contorno non permettono più che s'intrattenga con le loro bambine con cui

(1) Moreau, *Psychologie morbide*, pag. 313.

lo si è visto più volte in abbracciamenti molto sospetti. Dobbiamo aggiungere che questo bambino, i cui disordini non sappiamo dire a qual epoca rimontino, appartiene a rispettabile famiglia con precedenti etiologici più che dubbî nella linea materna.

Questi bambini, fatti adulti e avuta più chiara conoscenza di ciò ch'è bene e di ciò ch'è male, continuano ad essere soggetti della più cattiva risma. Secondo lo SCHÜLE (1), l'ulteriore sviluppo di questi tipi si distingue in due forme, una *forma apatica*, in cui mancano le idee morali e il senso morale, onde il tipo va giudicato rigorosamente alla stregua di quello imbecillesco; ed un altra *esaltata* o *ragionante*, nella quale esistono bensì le idee ma manca l'eccitabilità necessaria a tradurle in pratica. In quest'ultimo caso la qualità delle azioni è solo di un piccolo grado più elevata rispetto a quelle della loro prima età. Il decorso di queste azioni è, come dice SCHULE, di natura meno tempestosamente riflessa e, nelle sue forme tipiche, contiene già frammenti di archi psichici intermedii e perciò motivi spirituali, che però appartengono alle basse gradazioni di un egoismo morboso. Contegno rozzo e tracotante in società, sotto il velo di una mansuetudine lupina; vita ignobile e dissoluta, mascherata da fervorini moralizzatori; vagabondaggio per affettare un faccendismo da pezzo grosso; rapine per dare una lezione ai ladri nobili e borghesi, finchè da ultimo un ultimo atto perverso chiude il dramma della loro vita nel Manicomio o nel carcere o sulla forca.

Son coscienti del loro male? Certo molto più dell'imbecille e molto meno dell'ammalato d'idee fisse. L'apprezzamento teoretico delle loro azioni, da parte loro, è per le ragioni già dette più illuminato che nell'imbecille; ma da ciò ad arrivare a quella sensibilità, a quella coscienza morale talvolta intensissima del malato d'idee fisse, la quale fa vibrare dolorosamente le ultime radici della personalità e determina quelle tremende lotte piene di orrore e di disperazione dinanzi al misfatto, ci

(1) HANDBUCH, Cap. V, VII ed XX.

corre un abisso. Ecco perchè l'imbecille in generale si sbriga in quel che deve fare (convulsione); il pazzo morale si sbriga pure ma con un poco più di precauzione (convulsione meno tempestosa), mentre il malato d'idee fisse combatte, lotta finchè può, finchè la volontà non lo abbandona (convulsione ancora per piccola parte soggetta alla volontà). Nell'epilettico, come vedremo tosto, lo stimolo che non ha più nulla di spirituale, ch'è prettamente organico, d'ordinario sospende ogni lume di coscienza e di ragione, onde la scarica psicomotoria è fulminea e delle più selvagge (convulsione nello stretto senso).

E con ciò intendiamo del pari il diverso contegno dell'ammalato d'idee fisse e del pazzo morale ad azione compiuta. Là rassegnazione cupa e dolorosa, spesso con rimpianto della vittima, confessione aperta del fallo, niun tentativo di attenuare la propria responsabilità; qui la menzogna, il cavillo, la calunnia, il contegno sfacciato e cinico dinanzi ai Tribunali. Questo preteso paradosso di una attività intellettuale apparentemente integra, congiunta ad una natura radicalmente malvagia che non sente nessuna velleità di correzione, cade dinanzi alle considerazioni già addotte intorno ai motivi delle nostre azioni. Se le sensazioni, gl'istinti, le tendenze, gli appetiti, i desiderii del pazzo morale sono ingenitamente o acquisitamente pervertiti nel modo che abbiamo descritto; se tutta intera la sua natura si piace del male; se siffatto disordine rappresenta in sostanza un modo di essere dell'attività nervosa immanentemente e costituzionalmente *così* e non diversamente, è *impossibile* che nel momento in cui il malato è spinto all'azione sorga un altro modo di attività nervosa (idea), la quale contemporaneamente acquisti tanta tensione (sforzo del volere) da sopraffare la prima; ed è *inutile* che dopo il fatto esista nella mente di lui il simbolo astratto di ciò ch'è buono, giusto, onesto, lodevole ecc. per isperare che da esso venga la buona e *feconda* ispirazione di corregersi, cioè di agire *così* e non *così;* imperocchè l'azione viene dalla radice del sentire, vale a dire che per agire in un senso bisogna prima sentire prevalentemente in quel senso e non in un altro: or questo sentimento del bene

manca appunto al pazzo morale. Nell' ammalato d' idee fisse al contrario, in cui non mancano in generale le anomalie e i pervertimenti della sfera del senso e del sentimento, i guasti non sono andati troppo profondamente. Tutto quanto il tipo psicologico rappresenta in questi malati qualcosa di meno imperfetto, e particolarmente le immagini morali sono qui alquanto più sentite, più vive e più efficaci che non nel pazzo morale. Il malato d' idee fisse non considera semplicemente in astratto ciò ch' è buono e lodevole ma lo sente e lo vuole, e tante volte, con ripieghi opportuni, arriva a trionfare di sè stesso. Quanti impulsi morbosi non sono infatti sviati da questi malati con supremi sforzi di volontà, prima ancora che giungano al loro compimento? Se non che questo sforzo che viene dal sentimento della morbosità o immoralità delle proprie tendenze, e che manca nel pazzo morale, più presto o più tardi resta sopraffatto dagl'invadenti motivi organici, che rispetto a quello rappresentano una forza più considerevole, perchè più antica e meglio organizzata.

Rispetto alle azioni morbose che s' incontrano nella malattia delle idee fisse, quelle degli epilettici non vanno tutte giudicate con uno stesso criterio. Indipendentemente dagli accessi convulsivi e dai disordini psichici che precedono, sostituiscono o seguono l' attacco, vi è uno *stato epilettico abituale (carattere epilettico* : SCHULE e MOREL), che a seconda del grado di scadimento intellettuale e morale, si accosta ora al tipo imbecillesco or a quello del pazzo morale o impulsivo. In questo stato una delle più comuni tendenze è quella al furto, nello stesso tempo che, per tutte le ragioni di costituzione psico-corporea innanzi discusse, rimane aperto l' adito a tutte le più basse e criminose tendenze; all' omicidio, allo stupro, all' incendio, agli scatti improvvisi di collera ecc. Tutte queste maniere di azioni, non escluse quelle perfettamente uguali a quelle di cui si occupa questo lavoro, vanno giudicate nel loro valore psichicologico (motivi, grado di coscienza, apprezzamento morale ecc.) con gli stessi criterii che si riferiscono agli atti dell' imbecille, del pazzo morale e del pazzo impulsivo.

Da un altro lato bisogna considerare le *forme acute* di disordine mentale con corrispondenti azioni motorie, le quali nell' epilessia assumono una fisonomia veramente particolare. Mentre l'atto impulsivo può avere lo stesso compimento (suicidio, assassinio ecc.) tanto nel caso delle idee fisse quanto in queste forme acute di psicosi epilettica, son degne di considerazione le seguenti note distintive:

1.°— Mentre l' atto impulsivo del malato d' idee fisse non suolè avere alcun rapporto con accessi convulsivi epilettici, nel *morbus sacer* invece esso precede o (più facilmente) segue o si sostituisce ad un accesso convulsivo. In quest' ultimo caso (equivalenti psichici dell' epilessia) la natura epilettica dell' azione morbosa è rivelata (oltrecchè dai caratteri dell' atto stesso) dall' esistenza di reali accessi convulsivi in un tempo più o meno lontano dall' accesso psichico ; ovvero, nell' assenza di vere convulsioni, dall' esistenza di un *habitus* epilettico : irritabilità, debolezza intellettuale, stati periodici di eccitazione e di depressione con sensazioni precordiali angosciose e fenomeni diversi di aura.

2.° — L' impulso nell' epilettico ha un' insorgenza molto più brusca che in tutte le altre forme, comprese le idee fisse.

3.° — I fenomeni di angoscia, di oppressione, di annientamento nell' epilettico sono più violenti che nell' ammalato d' idee fisse ; il che, se altra prova mancasse, va misurato dagli effetti seguenti ; ed infatti

4.° — La violenza delle sensazioni angosciose, conturbando l' intelletto e i sensi, suole (più facilmente nella forma del *grand mal*) accendere allucinazioni ed illusioni terrifiche ed un corrispondente delirio di persecuzione pieno di odio e di vendetta (Schüle) : l' ammalato vede fuoco e fiamme, figure nere spaventevoli ; ovvero ode una voce che gli dice : *ammazza !* Nelle idee fisse è meno ovvio l' intervento di delirii e di allucinazioni anche nel colmo del parosismo.

5.°— Quindi nel caso dell' epilessia, lo stato della coscienza, al contrario di quello che si è detto per le idee fisse, deve ritenersi costantemente siccome morboso. Dalle

forme meno tempestose del *petit mal* fino a quelle, di una violenza estrema, del *grand mal*, vi è una tendenza progressiva all' offuscamento fino all' estinzione completa di ogni attività percettiva; e anche quando questa ultima non è del tutto abolita, lo stato della coscienza è falsato da concezioni deliranti o da allucinazioni. Ne viene di conseguenza una differenza importante tra l' obbiettivo dell' atto impulsivo epilettico e quello dell' ammalato d' idee fisse. Quest' ultimo ha un obbiettivo chiaro, preciso, che da solo può assediare la mente del malato per anni ed anni; e se accade che l' obbiettivo cambii, il secondo non avrà minore chiarezza e precisione del primo (1). L'epilettico invece non ha obbiettivo fisso; in lui l' elemento idea si spegne nel cieco impulso; egli è un uragano che abbatte o spezza per via tutto ciò che incontra e, pur di scaricare la sua violenta tensione psico-motoria, è indifferente per lui, o piuttosto dipende dal caso, se fa un'ecatombe di vittime o si fracassa il capo contro il muro. Anche quando intervengono idee deliranti ed allucinazioni terrifiche, l' oggetto del suo furore è sempre determinato dal caso, poichè, nel tempestoso succedersi degl' impulsi e degli atti, egli è ben lungi dall'avere quella chiarezza di idee, sia pur morbosa, del comune delirante di persecuzione.

6° — A parità di circostanze, la condotta dell' epilettico nel soddisfare il suo impulso è più selvaggia e brutale di quella dell' ammalato d'idee fisse. L'epilettico non si contenta di uccidere, ma continua ad assassinare, colpo su colpo, e giunge a strappare brutalmente le carni della vittima. Meno la coscienza è lucida (con che è tolta anche la più lontana possibilità di qualunque direttivo morale e di ogni processo di riflessione) e più l'atto perde di valore psicologico, da eguagliare per natura e per forma quello dell'idiota, del selvaggio e del bruto nei loro momenti di furore morboso. L' ammalato d' idee fisse, che d'ordinario fino all' ultimo momento è accompagnato dalla coscienza

(1) Veggasi in Dagonet il *caso di Glenadel* a pag. 309.

morale dell'atto che sta per compiere, può tante volte con una parola, con un grido, con un diversivo qualunque, essere arrestato sulla soglia del misfatto (1); ma per l'epilettico in furore non ha virtù impeditiva niuna cosa e nemmeno la forza di molti uomini. Guardata da un altro lato questa maggiore crudeltà nell'azione morbosa dell'epilettico (crudeltà che si risolve in una maggiore intensità dell'azione morbosa e in una maggiore durata della stessa) essa sta a dimostrare, come accennavamo poc'anzi, una maggiore intensità nello stimolo psicomotorio, sia che le correnti centripete siano morbosamente esaltate, sia che i centri si trovino essi stessi sovreccitati in via primaria, sia per l'una e l'altra ragione. In ogni caso nell'epilettico tolto, o quasi, di mezzo l'elemento cosciente, la lotta morale sparisce, e tutto si riduce ad una quistione di equilibrio tra stimolo angoscioso e reazione, ad un gioco fisiologico sul tipo dell'atto riflesso, secondo le note leggi di Pflüger.

7° — Poichè nell'ammalato d'idee fisse, nel momento dell'azione, ogni potere percettivo non è spento e la coscienza è più o meno perfettamente conservata, la memoria degli atti morbosi non va perduta, onde egli è in grado di descriverne più tardi i più minuti particolari. Nell'epilettico invece all'atto morboso succede in generale una completa amnesia, imperocchè la violenza, la rapidità e il disordine con cui si sono succedute in lui le singole impressioni hanno impedito che la loro traccia si registrasse regolarmente nel suo cervello. In verità il modo come si comporta la memoria negli epilettici non è lo stesso in tutti i casi, il che era da prevedere, considerando che non in tutti i casi vi è lo stesso grado di alterazione percettiva e la stessa violenza, rapidità e disordine nelle impressioni. E così avviene che accanto ai casi in cui

(1) Un parricida impulsivo diceva al Giudice d'istruzione: « *Si, au moment où je suis rentrè dans la salle à manger, Dieu eut permis que mon père m'eût adressé un seul mot, ma raison serait revenue, j'en suis sûr; je ne me serais pas rendu coupable du crime que j'ai commis* ». Dagonet; pag. 309.

l' amnesia è immediata e completa, ve n'ha altri (SAMT) in cui, immediatamente dopo il fatto, la memoria di esso è normale, mentre, sopravvenendo un periodo di stupore, l' ammalato se ne rinviene dimentico d'ogni cosa. In rarissimi casi, stando alla fede di SCHÜLE (1), può esser presente la memoria nello stesso tempo che vi è stata perdita di coscienza durante la convulsione psicomotoria; in tal caso giunge alla coscienza l' ultimo anello di una serie di processi, e da questo, col meccanismo della riproduzione, vengono rialzati alla coscienza anche quegli altri che n' erano rimasti fuori.

La maggior parte degli atti morbosi delle isteriche entrano nel dominio della presente trattazione, onde non meritano menzione separata. Ma come dal lato somatico l' isterismo può percorrere nelle sue manifestazioni tutta la scala della patologia, lo stesso avviene delle sue manifestazioni psichiche rispetto alla patologia mentale. E così non tutte le azioni morbose delle isteriche sono il prodotto di pensieri forzati. Alcuni di questi atti restano, come valore psicologico, molto indietro a quelli prodotti da idee fisse e vengono quasi a confondersi con le azioni degli epilettici. Appartengono a questa categoria le tendenze cleptomaniache e collezioniste e gli atti di morboso furore che talvolta occorrono o come preludio di un attacco istero-epilettico (2) o come equivalente psichico dell' attacco stesso, analogamente a quanto abbiamo detto dell'epilessia. I moventi, il modo di comportarsi della coscienza, della memoria e della volontà in questi atti, rispetto a quelli legati ad idee coatte, sono molto approssimativamente uguali a quelli studiati nell'epilessia. — Altre specie di azioni stravaganti, immorali o delittuose, si allontanano anch' esse dal tipo di quelle dipendenti da idee fisse, in quanto non appare nell'ammalato alcuno sforzo per impedirle, nè rimorso o vergogna per averle commesse. A siffatta categoria appartengono la tendenza alla prostituzione,

---

(1) Ib. Cap. XX.
(2) KRAFFT-EBING; Grundzüge der Criminal Psychologie.

all'onanismo, a mostrarsi nude, a lordarsi con escrementi a vestirsi con gli abiti dell'altro sesso ecc., in certe donne che fino allora non avevano lasciato sospettar nulla di tanto pervertimento morale. Son queste vere forme di *moral insanity*, sopraggiunte nel corso dell'isterismo ; ed in tal caso le tendenze e gli atti rispettivi van giudicati alla stregua di questa psicosi e non della malattia d'idee fisse. — Infine alcune azioni morbose delle isteriche possono essere legate, sotto apparenze uguali, non già ad una idea coatta ma ad allucinazioni o ad idee deliranti. Questa circostanza, che episodicamente può pure incontrarsi negl' imbecilli, nei pazzi morali e negli epilettici, ci conduce alla seguente distinzione , rispetto a quello che si verifica nelle idee fisse.

Intendiamo alludere agli atti morbosi, stravaganti, immorali o delittuosi, che occorrono nel corso nella mania, della malinconia, dei delirii sistematizzati primitivi, della paralisi generale e delle demenze, per vedere in che rapporto stiano con quelli prodotti in base ad idee fisse impulsive. In generale gli atti morbosi degli alienati propriamenti detti avvengono in base a motivi più o meno altamente psicologici (motivi morali, legittimi diritti , doveri imprescindibili, alti sentimenti umanitarii , patriottici, religiosi , di famiglia ecc.) : parecchie volte questi motivi sono rivelati all'ammalato o rafforzati da prove obbiettive (allucinazioni). Così il malinconico immola i propri figli per sottrarli alla miseria, al disonore, alla dannazione, ovvero in un trasporto di collera uccide colui che egli crede l'autore dei mali che l'affliggono, o rinnova, come vide il *Chiarugi*, il sacrifizio del Calvario su di sè stesso per imprender opera a Dio gradita. Così pure il paranoico , che ha piena la mente d'idee socialistico-comuniste, conduce le turbe al saccheggio e ne dà l'esempio egli stesso. Ed il paralitico che, nelle sue idee di grandezza e di ricchezze, crede che tutto gli appartenga, fa bottino in buona fede di tutto ciò che gli viene tra mani. In questi casi , voci che vengono dall' inferno o dal Cielo e da esseri ignoti possono incoraggiare la morbosa tendenza. — L'ammalato d'idee fisse invece ha per motivi un impulso (ele-

mento organico, primitivo, di basso valore psicologico), un idea ch'egli trova ridicola o abominevole e che gli balena dinanzi agli occhi, tante volte senza saper donde e in che modo. Ma intanto il motivo psicologico nell'alienato comune, quantunque assurdo e falso in se stesso, penetra nella coscienza nell'ammalato che lo accetta come moneta sonante, e in base ad esso prende le sue determinazioni e agisce. Agisce in tutto e per tutto secondo lo schema dell'azione normale, quantunque sotto premesse false; nè ha da esitare quando la *sua buona ragione* gli si è rivelata chiaramente; nè *finchè permane in quell' ordine di idee*, ha da pentirsi in ciò che il dritto e il dovere ampiamente giustificano. Qui evidentemente la coscienza e la volontà si comportano in modo ben diverso da quello che abbiamo visto nelle idee fisse. Parrebbe di esser tornati al tipo dell' azione morbosa dell' imbecille, del semplice di spirito, del pazzo morale e dell'epilettico cronico, là dove non vi è ombra di esitazione, di lotta morale, di vergogna o rimorso del malfatto. Ma, oltrecchè tutto quanto il tipo della personalità attuale dell'alienato comune è totalmente diverso da ciascuno di essi, come diverso è nell'un caso e nell'altro l'elemento storico-genetico, da noi più volte invocato (1), il meccanismo e l' essenza dell'azione sono perfettamente opposti nei due casi. Nell'alienato comune, motivi più o meno altamente spirituali, quantunque sotto forma di concetti deliranti; negli altri tipi motivi organici o quasi organici, piacere dei sensi, libidine, vanità, bassa vendetta, vantaggi personali, egoismo. Nell'uno coscienza ripiena d' idee sostanzialmente false e volontà guidata da motivi illogici per false premesse, negli altri coscienza più o meno imperfetta del valore morale dell'atto, della sua convenienza, della sua portata, e volontà più o meno ciecamente sospinta dai bisogni orga-

(1) Qui va fatta evidentemente un'eccezione per le forme paranoiche degenerative, in cui gli atti morbosi sono bensì prodotti sullo stesso tipo generale (deliranti) di quelli dell'alienato comune ma dove la storia dello sviluppo è dello stesso tipo di quella di tutte le forme degenerative.

nici, dagli appetiti, dalle basse passioni. In quello non vergogna nè pentimento dell'atto perchè nel momento dell'azione stranamente *pensa* che così e non diversamente doveva agire ; in questi su per giù lo stesso contegno per *abituale* insufficienza o deficienza d'idee e, più che d'idee, di senso morale.

Andremmo però molto errati, se credessimo di trovare costantemente questa spiccata opposizione, di meccanismo e di sostanza, tra le azioni del folle comune e quelle di tutti gli altri tipi di più o meno pronunziata degenerazione mentale, comprese le idee fisse impulsive. L'esame dei singoli casi ci farà vedere dei tratti comuni , delle sfumature, delle transizioni tutt'altro che brusche.

Prendiamo una delle forme più schiettamente psiconevrotiche, la malinconia semplice. Nel corso di essa possono occorrere atti violenti di suicidio, omicidio, incendio e destruzione in dipendenza di quella sindrome che dicesi *raptus melancholicus*. La scena si annunzia con un angoscia, vaga o localizzata, ordinariamente precordiale, la quale va crescendo rapidamente d'intensità e rende l'ammalato inquieto, oppresso, terrorizzato, con estrema confusione d'idee, sotto il peso di un vago senso di prossimo annientamento. L' angoscia può projettarsi al di fuori in forma di allucinazioni terrifiche. L'ammalato, pur di sottrarsi al terribile incubo, si abbandona ad atti di estrema disperazione, ciecamente, convulsivamente, senza uno scopo definito ; si precipita dalle finestre o si fracassa il cranio contro il muro, ammazza e si abbandona ad atti di efferatezza sulla sua vittima, finchè la calma non sia tornata. Compiuto l' atto può non conservarne veruna ricordanza, se l' azione fu troppo violenta e tempestosa ; ovvero, se giunge a credersi colpevole , prova talfiata si vivo pentimento del fallo da abbandonarsi al suicidio.

In che differisce il *raptus* del lipemaniaco dall'impulso per idee fisse ? Lo Schüle, con l'abituale sua sottigliezza e dopo aver fatto rilevare la difficoltà di questa distinzione, osserva che nel lipemaniaco l'istantaneità e ruvidezza dell'azione è sempre in rapporto coll'intensità dell'affetto angoscioso, ciò che non si verifica costantemente nell' am-

malato impulsivo, il quale alcune volte eseguisce l'atto senza una determinata passione, a sangue freddo. Dippiù dice che nel caso del lipemaniaco la coscienza viene esclusa, mentre nel caso dell'ammalato impulsivo la coscienza permane, quantunque si dimostri impotente ad impedire la scarica motoria. Ma dobbiamo far riflettere che le azioni a sangue freddo, non determinate da un violento affetto angoscioso, son molto più proprie dell'imbecille e del pazzo morale nello stato ordinario del loro animo, anzichè del malato d'idee fisse impulsive, quale lo abbiamo descritto. Per trovare l'apatia, l'indifferenza nelle azioni immorali o criminose degli ammalati impulsivi, bisogna discendere ai tipi mentali più bassi (ciò che ci conduce in pieno imbecillismo) ovvero (ciò che torna lo stesso) bisogna arrivare alle fasi molto inoltrate della malattia, quando tutti i poteri mentali han dovuto risentire un certo detrimento (veggasi la nostra *4.ª osservazione*). Ma in tali casi come si può parlare di una coscienza *che permane*, rispetto al *raptus melancholicus*, come vorrebbe lo SCHÜLE? Bisognerà convenire che molto rudimentale e imperfetta dev'essere in tal caso questa coscienza dello impulso morboso.

Bisognerà dunque ammettere che in una forma di disordine mentale di natura non degenerativa, qual'è la comune lipemania, possono occorrere episodicamente alcune maniere di azioni che per se stesse e per il loro meccanismo non si saprebbero nettamente distinguere da quelle che comunemente occorrono nelle forme degenerative. Nel *raptus melancholicus* infatti noi abbiamo meno un motivo spirituale (affetto, idea delirante ecc.) che un motivo primitivo ed organico, una sensazione angosciosa, indefinibile, per lo più precordiale, come occorre nelle idee fisse e sopratutto (tipicamente) negli attacchi epilettici di *grand mal*, e come incidentalmeute può occorrere nell'imbecille e nel pazzo morale. Ed abbiamo in tutti questi *raptus* la percettività e la coscienza, più presto o più tardi, completamente o parzialmente oscurate in ragione del grado di organizzazione dei centri superiori e sopratutto a seconda del grado di violenza delle sensazioni angosciose. E lo

scatto psicomotorio, già in ogni caso sul tipo del riflesso, sarà più pronto o più tardo, con o senza lotta precedente, esattamente in ragione degli stessi fattori. E non dobbiamo dimenticare l'alta influenza decisiva che esercitano le allucinazioni terrifiche, che spessissimo si accendono nell'epilessia e nella lipemania e meno frequentemente nelle idee fisse e negli altri tipi più bassi. E la fedeltà della memoria, o quanto meno la sua esistenza, in ogni caso dipenderà dal grado di coscienza durante l'atto, vale a dire dal grado d'intensità, rapidità e disordine delle correnti nervose.

Egualmente se consideriamo alcune azioni, immorali o delittuose, del *maniaco comune*, troveremo al posto dei motivi psicologici (allucinazioni, delirio) moventi schiettamente primitivi, istintivi ed egoistici, come nel pazzo morale. Anche in questo caso, ciò che nella pazzia morale è un fatto stabile, qui è un fatto ordinariamente transitorio; ma tanto nell'uno che nell'altro caso l'essenza e il meccanismo dell'azione sono gli stessi. Così nell'inizio della mania semplice, sia che le più basse tendenze abbiano acquistato per diretta irritazione dei centri una potenza maggiore, sia perchè il corso delle idee è troppo rapido per dar luogo alla riflessione, sia per la momentanea abolizione dei principii direttivi morali, le azioni sono improntate ad una insolita immoralità (atti lascivi senza ritegno, oltraggi alla morale pubblica, tentativi di stupro, eccessi d'ogni maniera). E non sono impossibili azioni violente più gravi, non escluso l'omicidio, in base all'estrema irritabilità dei maniaci, senza il concorso nè di allucinazioni nè d'idee deliranti. La tendenza al furto è frequente nella convalescenza della mania quando permane ancora un certo grado di debolezza intellettuale; essa è allora l'espressione dei residui degl'impulsi istintivi al movimento (Krafft-Ebing).

Del valore delle azioni morbose nella demenza e nella paralisi, come espressioni di debolezza mentale, e del loro rapporto con gli atti impulsi dei malati d'idee fisse, ci siamo altrove occupati. (*continua*)

Istituto psichiatrico del Manicomio Provinciale di Napoli
diretto dal Prof. BUONOMO.

ANCORA SULLA DOTTRINA DEI CENTRI CORTICALI MOTORI DEL CERVELLO

CONTRIBUZIONE SPERIMENTALE

Pel Dott. L. BIANCHI.

Per assodare la dottrina della localizzazione delle funzioni motorie sulla corteccia del cervello in aree determinate due vie si presentavano all'osservatore, da una parte la sperimentale, dall'altra quella anatomo-patologica e clinica insieme. Più sicura questa ultima, benchè più lunga, ha menato senza incertezze ad inoppugnabili conclusioni; ed hanno visto tutti quelli che avevano occhi per vedere, e la mente non avevano preoccupata da più antiche dottrine o da più recenti errori. Più insicura ed accidentata l'altra, avvolta in difficoltà di ogni genere offre ancora vaghe e molteplici direzioni, e si presta al divagar della mente ed alla facile e diversa interpretazione; e chi vi cammina rapido e sicuro, e quasi ne padroneggia il campo, chi vi scorge insormontabili ostacoli, e ritorna sui suoi passi. È così che mentre sulla rocca inespugnabile della clinica e dell'anatomia patologica fu già da un pezzo piantata la bandiera vittoriosa della dottrina localizzatrice, ferve ancora la lotta intorno a quella della fisiologia sperimentale con diversa e vicendevole fortuna. Parean esaurite le forze avverse, e fu tregua.

Due illustrazioni della fisiologia sperimentale riaccendono il dubbio vinto o sopito intorno all'esistenza di una zona motrice corticale nel cervello degli animali, e specialmente dei cani.

Vulpian (1) ha riferito innanzi all'Accademia di Medicina

(1) Comptes rendus de l'Academie des Sciences — Marzo e Aprile 1885 — e Riforma Medica.

di Parigi che la sostanza bianca subcorticale del cervello dei cani è più eccitabile della sostanza grigia, e che tutto quello che si è detto intorno alla eccitabilità elettrica della corteccia del cervello ben può riferirsi alla eccitabilità delle fibre nervose dello strato subcorticale per semplice trasmissione della elettricità.

Il metodo prescelto da questo insigne fisiologo per dimostrare il suo assunto è il seguente: scoverto il cervello dei cani conficca un elettrodo aghiforme nel cervello al di sotto dell'area eccitabile dell'arto posteriore, l'altro elettrodo applica in un punto qualunque del capo, a preferenza nelle narici, ed entrambi messi in comunicazione con una slitta di un apparecchio faradico ben graduata.

In tali circostanze la corrente necessaria per provocare contrazioni muscolari nell'arto posteriore si è trovata essere molto meno intensa di quella necessaria per provocare le identiche contrazioni applicando invece la corrente sulla corteccia. Se dunque la sostanza bianca è più eccitabile della sostanza grigia, contrariamente a ciò che si era creduto di affermare, eccitando direttamente la sostanza bianca dopo asportata la corteccia, è più che probabile che quello che si è attribuito alla corteccia riguardo alla eccitabilità elettrica della stessa, debbasi invece attribuire allo strato bianco sottostante. Così pensa Vulpian.

Se pertanto si cercasse analizzare le condizioni dell'esperimento di Vulpian, si verrebbe a concludere che le illazioni che egli ne ha dedotte non resistono alla critica.

L'elettricità applicata sulla corteccia cerebrale per raggiungere gli elementi eccitabili della corteccia medesima deve vincere delle resistenze opposte dai tessuti che ricoprono questi elementi medesimi (pia madre col foglietto viscerale dell'aracnoidea, e il primo strato corticale, che non contiene cellule nervose), condizione di tanto maggior rilievo in quanto che Vulpian applica l'altro polo a molta distanza dal primo su di una narice.

Quando al contrario si conficca un elettrode aghiforme al disotto della corteccia, e lo si mette in contatto diretto ed immediato con gli elementi subcorticali eccitabili, è assai naturale che una corrente ugualmente intensa produca

effetti molto maggiori, appunto perchè non incontra quivi la stessa resistenza a vincere, e si sa che la intensità della corrente è in ragione inversa delle resistenze.

Ma vi è pure qualche altra considerazione a fare: la corrente applicata sulla superficie di un conduttore spande, specialmente quando i due poli sono applicati a distanza, le sue onde sulla superficie, e quindi diminuisce di molto la intensità di quelle altre che si approfondano e stimolano le parti eccitabili, per lo appunto situate negli strati più profondi della corteccia del cervello, che nel caso nostro è il conduttore a superficie curva. In questo caso una maggiore estensione della superficie della corteccia viene eccitata, e un certo numero di unità di forza elettro-motrice si trasforma in altre energie specifiche, le quali non si manifestano a noi, ma restano latenti nel campo delle funzioni sensorie dell'animale in esperimento. Al contrario un maggior numero di fili elettrici, mi si passi la espressione, confluiscono nel punto di eccitazione subcorticale, e nello stesso tempo gli elementi cellulari corticali non sono risparmiati dalla stessa eccitazione elettrica, onde accresciuti vengono i fattori del risultato.

E qui dobbiamo aggiungere che l'eccitabilità della corteccia messa allo scoverto si esaurisce presto.

Se così stanno le cose per le elementari leggi fisiche sui conduttori elettrici, qual meraviglia che la corrente necessaria per eccitare gli elementi subcorticali sia stata trovata da Vulpian meno intensa di quella necessaria per eccitare la corteccia? Noi dunque non possiamo partecipare al dubbio che vorrebbero far risvegliare gli esperimenti di Vulpian circa il significato della eccitabilità elettrica della zona motrice della corteccia cerebrale.

Allorchè si esaminano i cani privati della zona motrice corticale, sospendendoli per il tronco e con gli arti penzoloni, io aveva notato, come ebbi già ad esporre in un precedente lavoro, che gli arti opposti all'emisfero mutilato in quella circostanza rimanevano immobili anche sotto l'influenza degli stimoli tattili e dolorosi, mentre sugli altri la volontà esercitava intero il suo dominio. Ora

il Prof. Schiff (1) rifacendo nella stessa maniera questi esperimenti ha osservato in contradizione a quello da me esposto, che talfiata gli arti che io consideravo come del tutto paralizzati, si muovono, non sempre restano in una stessa posizione, ed in estensione, ed i movimenti che i cani compiono con essi sono volitivi. Se dunque dei movimenti talvolta si compiono pure con gli arti opposti alla lesione cerebrale, e da me considerati inadatti per i movimenti volitivi, egli è perchè, secondo il Prof. Schiff, con la escisione della creduta zona motrice non si è venuto che ad abolire solo il senso tattile e non il movimento volitivo in quegli arti; è antica teoria che il chiaro fisiologo continua a sostenere con considerevole vigore ritenendo sempre la zona motrice corticale come centro tattile.

Non per ripigliare la quistione dei centri motori corticali, ma per un altro ordine di ricerche sulle degenerazioni discendenti nel cervello e nel midollo spinale, per le quali mi sono associato il Dr. D'Abundi, possedevo parecchi cani, ai quali già tempo innanzi aveva estirpata più o meno largamente o la zona corticale motrice, o altra area corticale, e quindi ho potuto rifare su di essi una serie di ricerche per assicurarmi della esattezza o meno delle mie prime osservazioni.

Allorchè si sospende per il tronco uno di questi cani esso assume ogni volta, specialmente applicando sulle zampe anteriori degli stimoli tattili, la stessa posizione in estensione con l'arto anteriore e il posteriore opposti all'emisfero mutilato. Alla stimolazione l'arto in rapporto all'emisfero sano volontariamente viene ritirato e flesso, mentre l'altro resta esteso, che anzi talfiata più la stimolazione è intensa, più l'arto è teso. Senonchè talvolta dei movimenti pur vi si osservano, ed in ciò la osservazione di Schiff è esatta, però in certe condizioni che io credo poter bene determinare.

Può la decorticazione cerebrale essere stata poco estesa, e risparmiata una parte della zona motrice assoluta o re-

---

(1) Ein neuer Versuch an der erregbaren zone der Hirnrinde (Pflüger's Archiv für Physiologie 1884).

lativa, ed allora la immobilità dell'arto non è così assoluta come nei cani in cui la decorticazione fu più estesa. È solamente così che si può interpretare la possibilità nei cani di Schiff di porgere volontariamente la zampa. La zona risparmiata riassume la funzione perduta per il traumatismo, e compensa quella della piccola area asportata.

Può verificarsi un certo movimento, anche quando la zona motrice fu completamente escisa, mercè reiterate e più intense stimolazioni sulla zampa. Può qui intervenire l'azione compensativa dell'altro emisfero; ma, mettiamo pure da parte questa questione, in ogni caso questi movimenti sono meno estesi, sono rapidi, sono occasionali, assai diversi da quelli compiuti con l'arto sano.

Movimenti analoghi sono pure osservati, ma in associazione con i movimenti dell'altro arto sano. Nel caso precedente i movimenti hanno più il carattere di riflessi; in questo secondo caso io non posso che considerarli come movimenti associati; in nessun modo possono essere ritenuti per volitivi, tanto è la differenza che passa tra i movimenti compiuti con gli arti dei due lati!

A provar ciò non faceva d'uopo altro che neutralizzare completamente l'attività motoria degli arti del lato sano e studiare il contegno motorio degli arti opposti. Ecco quello che mi fu dato osservare: adagiando qualunque dei cani col lato sano sull'orlo di un tavolo e gli arti ripiegati sotto il tronco e messi nella condizione di non poter compiere con essi il benchè minimo movimento, mentre gli arti opposti alla lesione corticale sporgenti dal margine del tavolo restano penzoloni, in tal caso *non il più lieve movimento* i cani compiono con questi arti. Essendo questa una posizione molto incomoda, quando sporgono col lato sano fuori del margine del tavolo essi fanno ogni sforzo, cercando con la zampa un punto d'appoggio, magari il margine della tavola, per puntellarvisi e fare il possibile per uscire da quella incomoda e squilibrata posizione, mentre quando sporgono con il lato paralizzato restano del tutto (quando la escisione corticale comprese tutta tutta l'area motrice) immobili.

Schiff interpetra la immobilità in tali casi ammettendo

la diminuzione o l'abolizione del senso tattile negli arti creduti paralizzati, perchè questi arti non rispondono a qualsiasi stimolo tattile e, dico io, anche dolorifico, come quando si cerca di strappare i peli sul dorso della zampa.

Ammesso pure che vi sia difetto di sensibilità tattile perchè dovrebbe risultarne abolito il movimento, restando il cane in esperimento con gli occhi aperti?

Se dovessimo giudicare per analogia saremmo indotti a negare risolutamente questa interpetrazione, perchè in nessun caso l'anestesia nell'uomo induce abolizione del movimento. Io ho osservato isteriche con profonda emianestesia che con l'aiuto della vista compievano i più delicati movimenti con l'arto anestetico, come quelli necessarî per suonare il piano, e non conosco un solo caso in cui un'alterazione della sensibilità di qualunque natura essa sia, e per qualsiasi processo patologico, rimanendo integra la vista, abbia avuto per conseguenza l'abolizione completa del movimento.

Tutto al più il movimento potrebbe derivarne incoordinato, ma non del tutto abolito, poichè la vista dovrebbe supplire almeno in parte il senso tattile nella direzione dei movimenti. Sarebbe abbastanza strano che interpretassimo i fatti osservati sugli animali ad una stregua tanto diversa di quella adottata per l'uomo.

Che il cane stimolato non reagisca muovendo le zampe, ciò può dipendere più verosimilmente dall'abolizione del movimento volitivo, col quale solamente noi possiamo giudicare che l'animale ha avvertito uno stimolo, del quale cerca liberarsi. Infatti nell'uomo nella comune emiplegia senza disturbi di senso, o anche quando questi non siano profondi, noi possiamo stimolare in qualsiasi maniera l'arto paralizzato senza che per tanto l'individuo possa allontanarlo dallo stimolo che lo tormenta. Egli può bensì esprimere le sue sensazioni con la mimica o con la parola; ma se si prescindesse da queste due vie di reazione, e se lo si mettesse nelle identiche condizioni del cane, noi scambieremmo anche nell'uomo un disturbo motore con un disturbo di senso.

Tutto al più potremmo sostenere che la estirpazione

della così detta zona motrice importa l'abolizione della fonte della riproduzione mnemonica dei movimenti imparati; in tal caso la zona motrice non cesserebbe di essere un centro senso-motore; e così noi potremo perfettamente concepirlo. Senonchè esaminando ripetute volte i cani, ai quali da più settimane o da più mesi aveva estirpata la zona motrice, mi fu dato rilevare un fatto, il quale non potrà non spiegare la sua influenza nel giudizio, che noi ci dovremo fare della zona corticale motrice.

Gli arti di questi animali adagiati così come sopra ho detto sul margine di un tavolo o di una sedia non solo si mostrano del tutto immobili ma anche contratti; *essi s'irrigidiscono in estensione*; gli stimoli tattili applicativi *aumentano* la rigidezza; solo con alquanto sforzo si possono flettere passivamente, e lasciatili ritornano immediatamente nella pristina posizione. Alla palpazione tutti i muscoli, specialmente quelli della regione antero-esterna dell'arto anteriore si mostrono induriti e rilevati per contrazione.

Sicuramente un simile atteggiamento degli arti paretici è molto analogo a quello della contrattura post-emiplegica nell'uomo; solo che il grado ne è diverso, proporzionatamente al grado di sviluppo dei centri motori corticali del cane di rincontro a quelli dell'uomo.

Può affermarsi che la contrattura post-emiplegica del cane si soffermi allo stato di contrattura latente dell'uomo. Sonvi invero dei casi in cui individui umani con limitate lesioni corticali o subcorticali presentano lievi forme paretiche in un dato arto, il quale può essere adibito in tutti i modi ai bisogni della vita, cui manca solo l'agilità, e la elasticità degli arti in condizioni normali; però nel momento di uno sforzo maggiore l'arto e specialmente la mano e le dita presentano tendenza ad irrigidirsi. Un ammalato da me osservato mostrò la contrattura del suo arto superiore solamente quando lo s'invitava a stringere forte nel pugno un oggetto, ad esempio il dinamometro.

In altri individui con paresi o meglio emiparesi da lesioni cerebrali può determinarsi la contrattura invitandoli a fare degli sforzi con gli arti sani del lato opposto, oppure facendo vibrare un diapason innanzi ai muscoli della

regione anteriore dell'antibraccio o innanzi ai loro tendini. Nei cani il fenomeno è analogo. Gli arti opposti alla lesione restano deboli ancora molto tempo dopo la estirpazione di una gran parte della zona motrice corticale, e talvolta permanentemente, fatto che puossi dimostrare in svariati modi; pertanto non differiscono dagli arti opposti in tutti i movimenti ordinari al cane, come il cammino, il salto, ecc., sospesi per il tronco gli animali così operati mostrano irrigiditi solo gli arti del lato opposto alla lesione cerebrale, perchè in quella incomoda e strana posizione aumenta la tensione psichica, con incitamento ad uscirne, ciò che aumenta la contrattura precisamente come nell'uomo; ma se pur qualche volta vincono la rigidezza e compiono qualche movimento lo è sempre in associazione con gli arti dell'altro lato; giammai in quelle condizioni viene compiuto un movimento isolato e determinato, esteso ed intenzionato, tranne quando la lesione cerebrale fosse stata limitatissima, nel quale caso, già si sa, i primi sintomi paralitici sono tanto intensi quanto forse quelli derivanti da più vaste lesioni. Dal momento che ogni movimento è reso impossibile agli arti integri, quelli paretici cadono anch'essi in una più assoluta immobilità con rigidezza.

Qualsiasi sforzo fatto dall'animale per svincolarsi con gli arti sani o col tronco *accresce* ugualmente la intensità della contrattura negli arti contratti rimasti liberi e penzoloni. Tutti gli stimoli tattili agiscono nella identica maniera, e ciò mi fa supporre che la sensibilità tattile se è diminuita, non sia veramente abolita, perchè anche nell'uomo gli stimoli tattili intensi e gli stimoli dolorifici avvertiti accrescono la contrattura post-emiplegica.

In tali condizioni l'animale non risponde agli stimoli tattili, ed è naturale; giammai l'uomo risponde agli stimoli tattili applicati sul lato emiplegico con un movimento, tranne quando la paralisi fosse così lieve da permettere il movimento medesimo. Se il cane non ha altra maniera di esprimere le sue sensazioni che con i movimenti corrispettivi, non se ne può inferire che la sensibilità è spenta quando il movimento è abolito. Tutto quello invece che si

può asserire di certo, a parte la interpretazione più o meno subbiettiva dei fenomeni, quello che cade proprio sotto la osservazione obbiettiva, e che perciò stesso è sicuramente inquistionabile, si è quello stato d'immobilità assoluta con *rigidezza* degli arti paretici nelle condizioni da me sopra indicate. A tal proposito voglio qui riferire uno dei tanti fatti che mi è occorso di osservare sopra i cani mutilati di porzione del cervello.

Cinque o sei mesi fa una cagna da un pezzo in esperimento, e in apparenza guarita, va in amore ; uno dei cani cui avevo alcune settimane innanzi tolta la zona motrice dell'emisfero sinistro, e che sembrava anch'esso guarito, cerca montarla. Si solleva perciò regolarmente sugli arti posteriori, ma nello stesso momento che con l'arto anteriore sinistro abbraccia la femina, flettendo la zampa sotto il torace, l'arto anteriore destro prima resta rigido ed esteso , semplicemente addossato al tronco, poi a misura che si eleva il diapason della sensazione e della emozione, la contrattura di quell' arto cresce, cresce, scorre rigido in adduzione forzata lungo il tronco della femina, raggiunge così la regione glutea della stessa, allora scivola come una spranca di legno in dentro ed in sotto, la posizione del maschio è insostenibile, l'atto è frustrato. Così, parecchie volte di seguito.

In tutto questo agitarsi del cane per poter compiere il coito esso non solo non diede segno di un movimento volitivo con l'arto rigido, per quanto lieve lo si voglia supporre, non solo il cane non potè adibirlo per afferrarsi al tronco della femina, ma non potè mai evitare che l'arto rigido, sottratto assolutamente al dominio della sua volontà, seguisse la fatale direzione della contrattura fino ad impedire l'atto a metà. Credo inutile stabilire confronti tra il significato di questi fatti e quello dei riflessi incrociati riscontrati da Schiff.

Una tale contrattura ha il suo analogo nella contrattura latente nell'uomo, ad essa assomiglia e nella forma e nel contegno che serba sotto l'azione degli stimoli interni ed esterni. Se questa quindi debba trovarsi in rapporto con una lesione che universalmente è riconosciuta come causa della

contrattura nell'uomo, la irritazione dell'apparecchio motore nervoso sia nel centro, sia lungo alcune vie di trasmissione, è quello che in un prossimo lavoro D'Abundi ed io comunicheremo. Per ora importa notare un fatto della maggiore importanza fisiologica, ed è che non si riscontra affatto una tale contrattura nei cani, ai quali io avevo estirpata per larga estensione la corteccia del lobo occipitale.

Con tutto l'omaggio dovuto ad un illustre fisiologo qual'è lo Schiff, io credo che il fatto della rigidezza post-emiplegica da me notato anche nel cane valga ancora una volta a dimostrare l'analogia del significato della zona motrice nell'uomo e nel cane, la cui differenza riducesi unicamente a grado e non a natura intima, come farebbero credere i risultati degli esperimenti di Schiff, e la interpetrazione che egli ce ne offre (1).

---

(1) Di questi fatti feci mesi or sono comunicazione all'*Associazione dei Naturalisti e Medici*, alla quale furono pure presentati i cani, nei quali era più spiccato il fenomeno della rigidezza post-emiplegica.

RIVISTE

ANATOMIA NORMALE E PATOLOGICA DEL SISTEMA NERVOSO E LOCALIZZAZIONI

F. Tartuferi. — *Sull'anatomia minuta dell' eminenze bigemini anteriori dell'uomo (centro di riflessione e d'irradiazione dell'apparato centrale della visione)*. Archivio Italiano per le malattie nervose 1885. I.

L'A. dopo aver esposto un cenno bibliografico degli studi eseguiti finora sulle eminenze bigemini, alle descrizioni che trovansi ne' diversi trattati sull' anatomia macroscopica di dette regioni, aggiunge che nel piano delle eminenze bigemini debbonsi distinguere varie aree che corrispondono a vari ordini di fibre nervose:

1°) Un ordine trasversale di fibre, che anteriormente costituisce la *commissura posteriore*; posteriormente la porzione visibile all'esterno dello strato *bianco cinereo profondo*.

2°) un ordine di fibre che decorrono curvamente dall'esterno e dall'avanti all'interno e all'indietro; formano parte dello strato limitante della porzione longitudinale del solco crociato, e vanno alla porzione profonda dello strato *bianco cinereo superficiale*.

3°) un ordine di fibre analogo al precedente, ma descrivente una curva più brusca e non decorrente pianamente, ma in quel solco esistente tra il pulvinar e le eminenze anteriori. Queste fibre (appartenenti alle *fibre apparentemente* terminali del *tratto ottico*), vanno allo *strato zonale*, alla cappa cinerea, e alla porzione superiore dello *strato bianco cinereo superficiale*.

Come anatomia microscopica e morfologia cellulare, l'A. fa notare che delle parti che costituiscono le eminenze bigemini anteriori, le une sono connettive, le altre nervose.

Sono *parti connettive*;

1°) un sottile strato periferico;

2°) la lamella verticale della linea mediana, alla cui formazione concorrono però, ed in gran parte, le lunghe code delle cellule epiteliali dell'acquedotto di Silvio;

3°) le cellule aracniformi frapposte agli elementi nervosi.

Sono parti nervose:

1°) Le fibrille periferiche;

2°) La cappa cinerea;

3°) Lo strato bianco-cinereo superficiale;

4°) Lo strato bianco-cinereo profondo;

5°) Il grigio dell'acquedotto di Silvio.

L'ubicazione delle parti connettive e delle nervose è la seguente, dalla periferia procedendo verso l'acquedotto di Silvio:

1°) uno straterello di connettivo formato da una o due serie di cellule aracniformi, *strato connettivo periferico*;

2°) un ordine di fibrille nervose — *fibrille periferiche o strato zonale*;

3°) un ammasso di sostanza grigia composta di cellule gangliari di differenti forme e di differenti dimensioni — *cappa cinerea, o, grigio periferico*;

4°) un ordine di fascetti nervosi, che decorrono fondamentalmente dall'avanti all'indietro, e che insieme alla sostanza grigia, da cui sono separati, costituiscono uno strato di sostanza mista — *strato bianco cinereo superficiale*;

5°) un ordine di fascetti nervosi, che si continuano in avanti colla commissura posteriore, e che formano una specie di volta midollare, nella quale è compreso il grigio dell'acquedotto. Questi fascetti incedono trasversalmente e sono distanti gli uni dagli altri per cellule gangliari interposte — *strato bianco cinereo profondo*;

6°) un vuoto cilindro di sostanza grigia, nella cui linea mediana (superiormente) osservasi una laminetta *connettivo-epiteliale*; — *grigio centrale o dell'acquedotto di Silvio*;

7°) un sottile strato *connettivo-epiteliale*, sul quale poggiano i corpi delle cellule epiteliali tappezzanti l'acquedotto di Silvio — *strato connettivo centrale*.

Le deduzioni che all' A. sembrano potersi ritrarre da questi suoi studi « sono due ».

1°) Che l'*impressione retinica* è come tale direttamente, *centripetamente*, condotta alle eminenze, e cioè alla *cappa cinerea* e alla *porzione visiva* dello *strato bianco cinereo superficiale*, ma più specialmente alla prima.

2°) Che l'impressione retinica pervenuta nelle eminenze bigemine è da queste *riflessa*, *irradiata* agli altri organi centrali della visione.

D'Abundo

C. Golgi. — *Sulla fina anatomia degli organi centrali del sistema nervoso — Tessuto interstiziale degli organi nervosi centrali* (*Nevroglia*). Rivista sperimentale di Freniatria e di Medicina legale anno XI.° fasc. I, 1885. (Cont. V. Anno prec.).

L'A. ha studiato il connettivo degli organi centrali del sistema nervoso:

1°) dal punto di vista puramente *istologico e morfologico*;

2°) dal punto di vista *chimico*;

3°) dal punto di vista della derivazione embrionale.

1° — L'elemento costitutivo fondamentale del tessuto interstiziale tanto della sostanza bianca quanto della grigia è sempre la cellula raggiata; però esistono sempre delle differenze, di cui è d'uopo tener conto.

a) *Tessuto interstiziale della sostanza bianca del midollo spinale* — Quì le cellule della nevroglia sono appiattite a guisa di sottilissime lamelle con nucleo parimenti appiattito; dal contorno di dette lamelle partono prolungamenti numerosi e molto sottili, con scarse ramificazioni, delicatissimi, e che a grandi distanze vanno anche ad inserirsi alle pareti de'vasi. In sezioni parallele alla direzione delle fibre del midollo spinale, trovansi le dette forme cellulari, i cui prolungamenti in massima parte seguono il decorso delle fibre, laddove altri si dirigono orizzontalmente. Non esiste anastomosi tra le diverse cellule, quando si fa l'esame a fresco.

b) *Tessuto interstiziale della sostanza grigia del midollo spinale* — Gli elementi connettivi sono più molli, più delicati di quelli della sostanza bianca, e molti hanno un aspetto finamente granulare ; i quali ultimi si trovano a preferenza nelle parti centrali delle colonne di sostanza grigia. Nella *sostanza gelatinosa di Rolando* le cellule della nevroglia sono più abbondanti. Anche nella così detta *sostanza gelatinosa di Stilling* le cellule sono finissimamente fibrillari, ed i prolungamenti somigliano a fibre elastiche.

c) *Tessuto interstiziale della corteccia del cervello* — Anche qui esistono cellule con sottili e lunghi prolungamenti i quali, a fresco, raramente appariscono ramificati. Le cellule dello strato più superficiale della corteccia sono spesso allungate e molto irregolari, con robusti prolungamenti; quelle dello strato profondo sono in prevalenza tondeggianti e abbastanza regolari, con prolungamenti sottilissimi, e molti con aspetto finamente granulare. L'A. non intende negare l'esistenza anche d'una sostanza amorfa o finamente granulosa intercellulare; però questa cogli ordinari metodi di preparazione si presenta in quantità molto maggiore di quanto realmente esiste, per una specie di disfacimento della sostanza fibrillare; il quale disfacimento interessa non solamente i prolungamenti delle cellule connettive ma altresì le più fine ramificazioni dei prolungamenti protoplasmatici delle cellule nervose.

d) *Tessuto interstiziale della sostanza bianca del cervello* — Le cellule connettive differiscono da quelle della sostanza bianca del midollo spinale per la finezza molto maggiore. L'A. fa notare come adoperando la colorazione nera, si potranno vedere particolarità più minute ne'rapporti e nella distribuzione degli elementi connettivi nella sostanza grigia e bianca del cervello. Infatti si rileva allora l'esistenza d'uno strato costante di soli elementi di nevroglia alla superficie delle circonvoluzioni; tale strato è più spesso alla sommità delle circonvoluzioni; le ultime ramificazioni de'prolungamenti protoplasmatici periferici delle cellule nervose piramidali, vengono a perdersi entro il detto strato, mettendosi in rapporto colle stesse cellule connettive; i prolungamenti di queste ultime presentano numerose connessioni colle pareti vasali.

e) *Tessuto interstiziale del cervelletto* — 1.° *Strato superficiale* — Alla superficie libera esiste uno strato continuo di cellule connettive appiattite con numerosi prolungamenti filiformi omogenei, che in parte sono diretti orizzontalmente, in parte perpendicolarmente nello spessore dello strato. In sezioni verticali delle circonvoluzioni, dall'insieme de'detti corpi cellulari e de'prolungamenti disposti orizzontalmente, risulta una linea netta di demarcazione, la quale venne considerata da altri autori come sezione verticale d'una *membranella anista* (*supposta membrana limitante o basale della superficie libera delle circonvoluzioni cere-*

bellari) applicata al limite periferico dello strato molecolare. Verso il confine profondo dello strato molecolare le cellule connettive sono abbondantissime con numerosi prolungamenti.

2.° *Secondo strato o strato de'granuli* — Qui lo stroma connettivale è abbondante, formato di cellule con prolungamenti robusti ad intreccio complicato, che rappresenta il tessuto di sostegno per gli elementi nervosi. Anche qui le cellule sono più numerose lungo l'andamento de'vasi sanguigni, e si trovano in maggior quantità nella zona di passaggio verso lo strato molecolare, vale a dire ne'dintorni delle cellule di *Purkinje*.

3.° *Terzo strato o strato midollare* — Gli elementi connettivi in questo strato sono assai abbondanti, e si osserva nella loro disposizione una certa regolarità, cioè i corpi cellulari sono situati in serie lineari, corrispondenti all'andamento de' fasci di fibre nervose.

Da questo studio puramente istologico sul tessuto interstiziale del sistema nervoso, l'A. conchiude, che sono le cellule connettive raggiate coi loro prolungamenti che costuiscono essenzialmente la detta sostanza interstiziale; e ciò che coi comuni metodi di preparazione apparisce come tessuto interstiziale granuloso, è formato da' prolungamenti connettivali e da quei nervosi. L'aspetto finamente granulare sarebbe dovuto in parte ad alterazione da cause complesse, in parte all'impossibilità in cui ci troviamo, davanti alla stretta mescolanza di tante diverse parti, di poter distinguere coi nostri mezzi di osservazione una parte dall'altra.

II. Per ciò che riguarda il criterio *chimico* l'A. si riferisce alle rinomate osservazioni di *Tewal* e *Kühne*, che, cioè, anche negli organi centrali del sistema nervoso esiste assai diffusa una sostanza, che dà le reazioni che caratterizzano i tessuti cornei (*neuro-cheratina*).

III. Dal punto di vista della *derivazione embrionale* l'A. in seguito a suoi studi si crede autorizzato ad ammettere senz'altro, che lo stroma interstiziale de'centri nervosi appartenga ai tessuti, che riconoscono la loro origine dal foglietto esterno o corneo. L'epitelio del canale centrale ha una partecipazione diretta e considerevole alla formazione della sostanza interstiziale del midollo spinale in ogni sua parte. Colla colorazione nera si scorge

che le cellule cilindriche attraversano radialmente tutto il piano di sezione del midollo spinale, spingendosi fino all'estremo orlo periferico dell'organo stesso verso la pia madre, dove terminano formando ora un rigonfiamento conico, ora una tenue espansione, con cui s'inseriscono alla pia madre o alle pareti vasali.

D'Abundo

Ludwig Edinger. — *Zur Kenntniss des Verlaufes der Hinterstrangfasern in der Medulla oblongata und im unteren Kleinhirnschenkel. — Sulla nozione del corso delle fibre dei cordoni posteriori nella midolla allungata e nei peduncoli cerebellosi inferiori.* (Neurologisches Centralblatt N. 4. 1885).

L'A. ha praticate le sue ricerche su di un feto umano di 8 mesi, il metodo di coloramento adoperato è stato quello di Weigert.

A livello dell' incrociamento delle piramidi e specialmente in sopra alla fine di esso, escono da' cordoni di Burdach fibre legmente arcuate, che attraversano la sostanza grigia, s'incrociano innanzi al canale centrale e si situano all'esterno de' cordoni piramidali, fra questi ed il corno anteriore decapitato, rispettivamente innanzi all'oliva. Queste fibre abbondano in particolar modo là dove l'incrociamento delle piramidi è completo. Col metodo di coloramento di Weigert è possibile seguire ciascuna fibra de' cordoni posteriori attraverso la sostanza grigia e le piramidi rimaste scolorate, fino al luogo descritto, il quale più in sù diventa *strato olivare*. Tagli successivi mostrano che l'*incrociamento di fibre intrecciate* si continua in sù per lungo tratto finchè *tutte* le fibre de' cordoni posteriori sono penetrate nello strato interolivare. In tagli più in alto, là dove la midolla allungata si è ingrossata per l'aggiunzione delle olive e l'aumento della *substantia reticularis*, le fibre de' cordoni posteriori debbono percorrere un cammino più lungo di prima attraverso la sostanza grigia fino allo strato olivare del lato incrociato. Esse decorrono allora largamente arcuate come *fibrae arcuatae internae*. Nel loro decorso *molte di queste fibre attraversano l' oliva dello stesso lato, ma non entrano in nessuna relazione con essa o colla sostanza reticolare*. È assodato, col metodo di Weigert, che nelle olive e intorno ad esse non esistono ancora fibre mieliniche di altra origine.

Nessuna fibra de' cordoni posteriori rimane nelle olive; tutte entrano nello strato interolivare. Poche fibre arrivano direttamente al *Corpo restiforme*, e le quali sotto il nome di *fibrae arcuatae externae posteriores* si dirigono al Cervelletto insieme ai cordoni laterali del cervelletto dello stesso lato. Nel corpo restiforme arrivano altresì le *fibrae arcuatae externae anteriores*, le quali contornando le piramidi si dirigono all'esterno. Sicchè dalla midolla spinale i cordoni posteriori (solamente quello di Burdach?) decorrono nello strato interolivare; una minima porzione poi (solamente da'cordoni di Goll?) arriva come fibre arcuate nel corpo restiforme. In quest'ultimo l' A. afferma, come il Flechsig, che nel feto di 7 ad 8 mesi, solamente la porzione del cordone posteriore contiene mielina; inoltre anche le parti provenienti dal N. acustico e dal trigemino. Tutte queste fibre vanno nel Verme dove partecipano in gran parte alla grande commissura incrociata.

Sembra che nel corpo restiforme debbono quindi considerarsi tre parti differenti: fibre alla midolla spinale, fibre alle radici nervose per lo meno dell' acustico e del trigemino, e fibre alle olive. Le prime due specie di fibre vanno nel Verme e diventano mieliniche più presto delle ultime, le quali possono seguirsi fino nelle pieghe del corpo dentato. In tal guisa il peduncolo cerebelloso inferiore comprende:

1.°) Porzione del Verme, che contiene:	a) Fibre dei cordoni cerebellosi laterali. b) Fibre de' cordoni posteriori sicuramente quelle dello stesso lato, dubbie quelle del cordone posteriore incrociato. c) Fibre alle radici de' nervi.
2.°) Porzione dell' emisfero che contiene:	Fibre alle Olive e forse altri sistemi di fibre.

G. D'Abundo.

Signora Tarnovskaya — *Le alterazioni del midollo spinale sotto l'influenza della distensione del nervo isciatico.* (Archivio russo di Psichiatria, neurologia e psicopatologia forense. Charcow, 1834. Vol. IV. N. 2).

La medichessa Tarnovskaya faceva la distensione del nervo isciatico coll'uncino dinamometrico in seguito di cui si constatò la paresi o la paralisi dell'arto operato con degenerazione muscolare. Esaminando poi il midollo spinale di animali su cui ripetette gli esperimenti osservò, che quando la forza della distensione non superava 2 kilogrammi non si rinveniva alcuna alterazione. Aumentando la forza della distensione da 3 a 5 kilogrammi, nella regione lombare del midollo spinale appariva una iperemia con punti emorragici nella sostanza grigia, sopratutto nelle corna posteriori, una proliferazione delle cellule della nevroglia, un essudato plastico nel canale centrale, imbibizione sierosa del tessuto interstiziale, e alterazione dei cordoni posteriori dal lato corrispondente all' arto operato. Se i conigli sopravvivevano più di quattro settimane, dal lato operato si osservavano ancora ulteriori alterazioni: diminuzione del corno posteriore corrispondente e del cordone posteriore, atrofia delle radici posteriori ed in parte anche alterazione del corno anteriore del lato medesimo.

Dopo uno studio dettagliato dei lavori fatti intorno a questo argomento, la Tarnovskaya divide tutta la letteratura in questione in quattro parti: nella 1.ª parte sono menzionati i lavori, dove la distensione dei nervi è considerata dal punto di vista terapeutico, nella 2.ª i casi di distensione seguiti da morte senza studio consecutivo del midollo spinale; nella 3.ª i casi di esito mortale con osservazioni istologiche del midollo spinale; e nella 4.ª gli esperimenti fatti sugli animali.

Le conclusioni dell'autrice sono le seguenti: 1) La distensione del nervo isciatico cagiona una irritazione traumatica con emorragia e flogosi consecutiva, alla quale tiene dietro un aumento del tessuto interstiziale; 2) la rottura dei fasci nervei cagiona l'atrofia del corno posteriore, una diminuzione della sostanza intramidollare della radice posteriore, e finalmente l'atrofia delle cellule delle corna anteriori. Questo lavoro è considerato in Rus-

sia come di grande importanza, perchè metterà probabilmente un certo freno all'abuso che si è fatto della distensione dei nervi come mezzo terapeutico.

Kovalevsky. — Prof. di psichiatria all'Università di Charcow. *Echinococco cerebrale.* (Ibidem).

L'autore descrive l'echinococco cerebrale come caso raro, avendolo trovato solo una volta fra mille autopsie fatte nel manicomio di Charcow. La diagnosi clinica del caso osservato fu fatta come di tumore cerebrale, caso più frequente dei parasiti cerebrali. Il caso osservato è il seguente: A. D. contadino del circondario di Charcow, d'anni 68, ammogliato, senza psicopatie ereditarie, non ha abusato d' alcool, non ha avuto sifilide. Siccome l' indebolimento dell' intelligenza fu mediocre, e si osservava solamente l' emiplegia, il malato fu trasferito all'ospedale clinico. La malattia cominciò gradatamente; 4 anni or sono ebbe una paresi dell'arto superiore destro e della lingua. Dopo un certo tempo seguì la paralisi completa di questi organi; il malato pronunciava suoni inarticolati, di cui non si capiva più nulla. Nel medesimo tempo avvertiva cefalalgia, insonnia e negli ultimi tempi principiò a commettere molte stranezze. Le funzioni dei sfinteri furono conservate e non ha mai sofferto di elminti. Il malato è di una costituzione robusta, di alta statura, un po' anemico. La dimensione, la configurazione e la superficia cranica non presentano alcuna particolarità. I movimenti degli occhi sono conservati, le pupille sono eguali e reagiscono normalmente, è presbite; l' udito è un po' ottuso. Il lato sinistro del viso è alquanto rilasciato. La lingua messa fuori devia dapprima a sinistra e poi a destra, si osserva un tremolio della medesima ed incapacità dei movimenti volontarii.

Non si nota una differenza fra i due arti superiori; le ossa, le articolazioni ed il volume dei muscoli presentano nulla di particolare. Però mentre muove il braccio sinistro, il malato è assolutamente incapace di muovere il braccio destro, il quale durante il tentativo al movimento presenta un tremore continuo. La spalla e l'avambraccio del lato destro sono cianotici, il terzo inferiore del braccio è rossastro, freddo ed umido, e la tempera-

tura di 1,7′ più bassa di quella dal lato sinistro; la palma della mano più appianata destra che a sinistra. Gli organi del torace e dell'addome non presentano alterazioni notevoli, salvo un catarro cronico delle vie respiratorie e sclerosi delle arterie. Gli arti inferiori sono di una struttura regolare, la sensibilità è conservata, i movimenti volontari dell'arto destro sono più deboli di quelli del sinistro. I movimenti riflessi sono conservati da ambedue i lati, solo i riflessi tendinei sono alquanto esagerati nell'arto destro. I riflessi del cremastere, dei muscoli dell'addome e del torace mediocri. La colonna vertebrale regolare; gli sfinteri funzionano normalmente. L'attenzione del malato per tutto quello che lo circonda è indebolita; non s'interessa d'altro che della propria persona. Illusioni ed allucinazioni mancano. L'indebolimento dell'intelligenza si nota dalla condotta del malato: non si accorge nemmeno di essere all'ospedale, scambia sempre la sala, dove si trova, con altre divisioni dell'ospedale, si corica spesso nel letto di altri malati. Spesso si sporca colle feci e non ne risente l'incomodo. L'appetito è mediocre, il sonno prolungato, alle volte dorme anche di giorno. Si lamenta sempre di cefalalgia e vertigini. Dopo un mese che fu ricoverato all'ospedale manifestò una grande agitazione con delirio ed accessi violenti, perciò fu trasferito al manicomio. Accusa spesso dolori all'arto superiore destro. Dopo un mese al manicomio si è notata una notevole denutrizione, esaurimento e spesso rimaneva dei giorni interi in uno stato comatoso. Dopo due mesi della sua entrata nell'ospedale morì.

L'autopsia fu fatta 24 ore dopo la morte. Le ossa del cranio sono notevolmente sclerotizzati; nella regione temporale destra sono però molto assottigliate. La dura madre è opaca, ispessita sopratutto nella regione temporale, i suoi vasi sono notevolmente duri; la pia madre è frale, si lacera facilmente, e si distacca senza difficoltà, i vasi sono poco riempiti; gli spazi subaracnoidali sono riempiti di siero. La scissura longitudinale devia 1,5 centimetri a destra. Le circonvoluzioni cerebrali molto spianate sopratutto a sinistra. Nell'estrazione del cervello si nota un notevole appiattamento centrale a sinistra. La sostanza grigia delle circonvoluzioni è diminuita in spessezza, pallida e non presenta limiti recisi colla sostanza bianca, la quale è assai re-

sistente al taglio e splendente. Il corpo calloso è deviato a destra. Il ventricolo laterale sinistro è quasi 5 volte più grande del normale; e le sue corna anteriore e posteriore confluiscono e formano una protuberanza in avanti. Il corpo striato ed il talamo ottico sono molto spostati, ed occupano il terzo ventricolo completamente scomparso. Per la pressione sul corpo striato e talamo ottico questi sono molto appianati e si trovano quasi al livello del corno di Ammone. In questa regione del ventricolo laterale si trova una cisti membranosa di colorito bianco, il cui diametro longitudinale è di 8,3 cent. e il trasversale di 3 cent. La cisti contiene un liquido trasparente con reazione acida. Sulle pareti della cisti si trovano piccole bollicine, nelle quali all'esame microscopico furono osservate teste di cisticerco. Osservato al microscopio il tessuto delle pareti della cisti presentava la striatura e la diversità della refrazione dei raggi, come lo si osserva generalmente nelle pareti d'una cisti d'echinococco. Il ventricolo laterale destro è molto compresso; il corpo striato ed il talamo ottico a destra sono più voluminosi di quelli di sinistra. I corpi quadrigemelli spostati in dietro. Il quarto ventricolo pure compresso. Il ponte di Varolio compresso a sinistra. I vasi basilari ateromatosi, i vasi della sostanza cerebrale poco notevoli, al taglio ne esce pochissimo sangue e dopo un certo tempo. L'arteria aorta con molte placche ateromatose. Il cuore sinistro aumentato di volume. La milza, il fegato ed i reni congestionati da stasi. L'apparato digestivo presenta una gastro-enterite cronica, alcuni elminti. Al midollo spinale coll'esame microscopico non si rinvenne attenzione alcuna. Tagli finissimi nella regione delle fibre d'associazione della insula Reilii presentano dal lato sinistro assottigliamento della sostanza bianca, ch'è in gran parte compressa dal contenuto del ventricolo laterale. I corpi striati da ambedue i lati senza alterazioni nè nel nucleo caudato nè nel nucleo lenticolare, come pure la capsula interna ed il talamo ottico non alterati.

Da questo caso l'autore conclude:

1) Se i dati anamnestici e l'esame oggettivo dell'organismo non accennano alla presenza d'elminti, la presenza d'una cisti d'echinococco nel cervello non può esser diagnosticata e distinta da una neoformazione cerebrale a sviluppo cronico, e 2) il fenomeno della

paralisi della lingua, dell'arto superiore e corrispondente inferiore può aver luogo anche senza lesione alcuna dei centri nervosi e fibre nervee, ed esser cagionato da una compressione degli uni e delle altre, come fu nel caso attuale. ANNA KULISCIOFF

V. Marchi — *Sopra un caso di doppio incrociamento de' fasci piramidali* (Archivio Italiano per le malattie nervose e mentali. Fasc. 3.° 1885).

L'A. riporta un caso che dal punto di vista dell'anatomia e della patologia è degno di considerazione.

Trattasi d'una lesione unilaterale del cervello, in seguito a cui venne ritrovata degenerazione bilaterale de' fasci piramidali del midollo spinale. L'A. ha praticato delle minute ricerche istologiche, seguendo i fasci degenerati in seguito alla lesione esistente nel lobo prerolandico sinistro; durante la vita l'infermo presentava emiplegia sinistra. L'A. dalle sue osservazioni microscopiche di questo caso è indotto ad ammettere, che alcune volte possa trovarsi all'infuori del bulbo un secondo incrociamento. Infatti la degenerazione dall'emisfero sinistro si portava lungo il peduncolo fino al bordo superiore del ponte; a questo punto quasi tutto il fascio piramidale, se si eccettua qualche rara fibra, che teneva la via diretta, passava nella metà destra del ponte; qui dunque si avea un primo incrociamento. Proseguendo in basso fino al livello del bulbo, lo stesso fascio superiormente incrociato subiva di nuovo un altro incrociamento con una delle varietà accennate da Flechsig, cioè in parte s'incrociava per costituire il fascio piramidale della metà sinistra, ed in parte formava il fascio diretto di destra. *D'Abundo.*

FISIOPATOLOGIA DEL SISTEMA NERVOSO

A. Mc. Phedran. — *Preataxic tabes dorsalis.* — *Tabe dorsale preatassica.* (The Canadian practitioner; N.° 1; 1885).

La maggior parte degli scrittori inglesi e tedeschi considerano l'assenza del riflesso patellare come il segno più importante della tabe dorsale. Al contrario gli Americani, e tanto più i Francesi,

attaccano poca importanza a questo segno, e ritengono che vi ha casi di atassia locomotrice in cui il riflesso tendineo non solamente è conservato, ma anzi si trova esagerato. Anche in condizioni fisiologiche gli osservatori americani ammettono che frequentemente può mancare il fenomeno del ginocchio. Da un'altro lato si trova pure assente in molte altre malattie; così nella meningite e nella perinevrite spinale, nelle paralisi difteriche e, in generale, tutte le volte che una lesione interrompe l'integrità funzionale o materiale dell'arco nervoso, che si estende dal tendine rotuleo alla sostanza grigia del midollo e di là alle fibre del quadricipite.

Ammessa, dice l'Autore, la quasi universale assenza di questo fenomeno nella tabe, è importante accertarsi del modo come esso si comporta in condizioni fisiologiche. Se in tutte le persone esiste, in tal caso la sua assenza, quando si possano escludere lesioni funzionali nei muscoli, e siano conservate alla percussione le contrazioni idio-muscolari nel quadricipite, è patognomonica dell'atasia locomotrice. Sotto questo punto di vista, Westphal, Erb, Buzzard ed altri ritengono che l'assenza del riflesso del ginocchio è eccezionale nei soggetti sani. Berger, sopra 1000 osservazioni di uomini sani, lo ha visto mancare nella proporzione del 1,56 0[0. Non ha mai incontrato un'assenza da un sol lato in soggetti sani.

Ad elucidare questa quistione l'A. ha esaminato 184 soggetti, d'ogni età e sesso. Da queste osservazioni egli è indotto alle medesime conclusioni cui é venuto il Berger, e cioè: 1.° Ordinando l'esperienza in modo che i muscoli flessori della gamba siano completamente rilasciati; ripetendo, se occorre, la prova un numero sufficiente di volte, e cercando di percuotere successivamente i diversi punti del tendine rotuleo, verrà un momento in cui il fenomeno del ginocchio, in condizioni fisiologiche, sarà provocabile: la sua assenza è veramente eccezionale. 2.° Tra i due lati del corpo in alcuni casi è dimostrabile una differenza, nel senso che può (rarissimamente) mancare ovvero (meno raramente) essere più intenso in uno dei lati; 3.° In ogni caso la facilità e l'intensità della risposta varia entro limiti molto estesi. — Da ciò si ricava che non è logico parlare di aumento o diminuzione patologica del riflesso patellare; solamente la sua assoluta assenza (con poche eccezioni) e l'evidente presenza di un riflesso tendineo esaltato in

diversi altri muscoli, le cui contrazioni normalmente non sono nè regolari nè pronunziate, giustifica la deduzione di uno stato patologico. Per conseguenza se l'assenza del riflesso rotuleo non è patognomonica della tabe, tuttavia, quando si verifica, autorizza a procedere ad ulteriori ricerche per vedere fino a che punto si estende nel caso particolare la sua importanza.

L'A. passa a discutere brevemente le diverse teorie intorno alla patologia della tabe. Si sa che in questa affezione si sono rinvenute lesioni più o meno importanti nei seguenti tessuti: i cordoni posteriori; la pia madre spinale; le radici posteriori, tra i loro gangli e il midollo, l'asse grigio centrale, e segnatamente le colonne vescicolari di Clarke; la porzione dei cordoni laterali contigua ai posteriori; il sistema simpatico; molti nervi cranici; la terminazione periferica di molti nervi spinali, quasi si trattasse di una nevrite diffusa. In quale di questi tessuti si verificano le lesioni primarie ed essenziali, in quali le secondarie?

Alcuni riguardano come lesione primaria la lepto-meningite spinale posteriore, altri l'atrofia delle radici posteriori, ed affermano che al di là la lesione, come una nevrite ascendente, rimonta verso la sostanza spinale. Vi ha però casi (Strümpell, Westphal) in cui tutti due questi tessuti nella fase iniziale della tabe furono trovati sani, e la lesione si limitava ai soli cordoni di Burdach. Dall'altra Dejerine ha descritto due casi in cui i cordoni posteriori erano illesi, e la lesione in forma di un'estesa nevrite periferica si riscontrava soltanto in quelle parti in cui i sintomi tabetici si erano mostrati. Altri osservano che le irritazioni periferiche (a cui sono a preferenza esposti gli arti inferiori) possono, se protratte a lungo, ingenerare cambiamenti di struttura nei nervi delle rispettive parti e successivamente, in modo ascendente, fin nelle radici e nei cordoni posteriori del midollo. Si avrebbe così un processo ascendente, che a preferenza finirebbe per localizzarsi nella porzione lombare del midollo.

Ma altri oppongono che è appunto la sclerosi dei cordoni posteriori quella che disturba la funzione e successivamente la struttura dei nervi periferici; sicchè dicono che i cambiamenti si estendono dal midollo ai nervi e non viceversa.

La maggioranza degli scrittori è decisamente favorevole all'opinione che mette la lesione primaria nei cordoni posteriori del

midollo, e precisamente nella loro porzione esterna (cordoni di Burdach). Ma lo Strümpell ha dimostrato ultimamente che la loro porzione interna (cordoni di Goll) può esser presa molto prima dei cordoni di Burdach. La lesione comincia d'ordinario nella regione lombare, e di là si estende in sopra e nello stesso tempo lateralmente; finchè non solo tutti i cordoni posteriori ma anche i laterali e l'asse grigio non sieno coinvolti nella degenerazione. Così la lesione prende l'aspetto di una degenerazione secondaria ascendente, ed è ordinariamente limitata ai cordoni di Goll. Finchè i cordoni di Burdach non sono cointeressati nella porzione cervicale, i sintomi caratteristici mancano negli arti superiori. La degenerazione può d'ordinario essere accompagnata fin nel midollo allungato e, in molti casi, in tutta la sua spessezza.

Ad ogni modo dice l'A., finchè le alterazioni patologiche essenziali della tabe s'intendono limitate ai cordoni posteriori del midollo, è impossibile darsi ragione di molti dei suoi fenomeni. Ciò sia detto specialmente dei sintomi oculari, particolarmente dell'atrofia ottica. Pierret ha dimostrato che la degenerazione del nervo ottico non è la sola lesione periferica, che la degenerazione del midollo non è la sola alterazione centrale di questa malattia. Egli ha dimostrato che spesso esiste una degenerazione indipendente di nervi cutanei, strettamente analoga all'alterazione ottica. Ha mostrato dippiù che può esistere una degenerazione della terminazione centrale del nervo ottico e così pure di altri nervi cranici analogamente a quella dei cordoni posteriori. Egli ha con ciò esteso il concetto della tabe, da una malattia limitata a certe parti del midollo ad una nevrosi sensitiva diffusa, nella quale l'atrofia del nervo ottico trova il suo posto definitivo. *Andriani*

P. Rosembach. — *Ueber die Pathogenese der Epilepsie — Sulla patogenesi dell'Epilessia* (Virchow's Archiv. Bd. 97, Heft 3).

L'A. critica minutamente i diversi lavori e le differenti opinioni che riguardano l'epilessia, ed in base di sue ricerche sperimentali praticate sui cani, viene ai seguenti principali risultati:

1) Gli accessi convulsivi prodotti sui cani per stimoli elettrici sul cervello, sono il risultato d'un eccitamento de' centri motori corticali; ed a seconda delle condizioni dello stimolo offrono la più grande rassomiglianza coll'epilessia dell'uomo cosiddetta corticale, o coll'idiopatica.

2) Tra l'epilessia cosiddetta corticale e l'idiopatica dal punto di vista patogenico non esiste alcuna essenziale differenza; ma considerando che la prima è un sintomo od il risultato d'un'affezione organica del cervello, e non è identica alla seconda pel decorso clinico, dev'essere distinta dall'epilessia idiopatica.

3) Gli attacchi convulsivi dell'epilessia idiopatica come pure gli accessi di *petit mal*, sono l'effetto di eccitamento morboso primario della corteccia cerebrale.

4) La varietà del quadro clinico dell'epilessia è condizionata dalla differenza del modo e del grado della diffusione dell'eccitamento corticale patologico, il quadro produce l'accesso epilettico.

5) La teoria, che ripone il punto di origine dell'accesso epilettico nel centro della midolla allungata e del ponte di Varolio, non regge innanzi ai sintomi clinici dell'epilessia, nè si basa su fatti abbastanza sicuri riguardo la spiegazione degli attacchi epilettici. *D'Abundo.*

Zacher. *Beitrage zur pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse. Ueber den sogenannten* spastischen *Symptomencomplex bei der progressive Paralyse— Contributo alla Patologia ed all'anatomia patologica della paralisi progressiva. Sul complesso di sintomi cosiddetti spastici nella paralisi progressiva.* (Arch. f. Psych. Bd. 15. Heft 2. p. 359).

L'A. dopo aver descritto tre casi di paralisi progressiva, in cui vennero osservati sintomi propri della paralisi spinale spastica per il decorso ed il trovato anatomico, aggiunge ancora due casi in cui insieme all'affezione d'un cordone laterale si osservava una malattia del cordone posteriore, e ne ritrae i seguenti corollari:

1) Il complesso di sintomi spastici nella paralisi progressiva può essere determinata o da cangiamenti del cervello ed in par-

ticolare delle regioni corticali motorie, o da una stessa affezione spinale, qualora questa riguarda le vie piramidali.

2) Il particolare decorso di questi sintomi spastici nella paralisi progressiva potrebb'essere attribuita probabilmente sempre a patologici cambiamenti del cervello, ed in particolare della corteccia cerebrale.

3) Se esiste nello stesso tempo un'affezione de' cordoni posteriori, e specialmente delle zone radicolari, non si possono sviluppare sintomi spastici nei punti del corpo corrispondenti alle parti della midolla affetta.

4) I fenomeni spastici sono da riferirsi probalmente a certi processi riflessi, i quali o dal cervello mediante le vie nervose debbono percorrere l'interno de'cordoni piramidali, o in queste stesse vie di conduzione inducono subito un aumento in seguito a processi patologici. *D'Abundo.*

SUI DISTURBI AFASICI DEL LINGUAGGIO.

Rassegna critica.

I. **Charcot.** — *Differenti forme di afasia* — Lezioni raccolte e pubblicate dal Prof. Rummo. 1884.

II. **L. Lichtheim.** — *On Aphasia* — *Sull'afasia* — (Brain part. XXVIII).

III. **Mc. Bride.** — *A case of verbal blindness with right lateral hemianopsia* — *Un caso di cecità verbale con emianopsia laterale destra.* — (American Journal of Neurology and Psychiatry-August 1883).

IV. **De Watteville.** — *Note sur la cecité verbale* — *Nota sulla cecità verbale* — (Le progrès Medical, Mars 1885).

V. **Grainger Stewart.** — *On the speech relationship in Disease* — *Sulle condizioni morbose del linguaggio* — (The Edinburgh Clinical and Pathological Journal. Vol. 1. N. 33. 1884).

VI. **De Ranse.** — *Aphasie. Cecitè verbale.* — *Afasia. Cecità verbale.* — (Gazette Medical de Paris, 1883. N. 24).

VII. **J. Luys.** — *Contribution a l'etude des troubles de la parole* — *Contribuzione allo studio dei disturbi della parola* — (L' Encephale. 1685. N. 3.)

VIII. **Ball.** — *Un cas d'aphasie intermittente.* — *Un caso d'afasia intermittente.* — (L'Encephale 1883. N. 2).

IX. **Bitot.** — *Du siège e de la direction des irraditions capsulaires chargèe de transmettre la parole.* Della sede e della direzione delle irradiazioni capsulari incaricate di trasmettere la parola. — (Accademie de Medicine, 12 sett. 1882 e Archives de Nevrologie 1884. Numero 22 e 23.

X. **G. Seppilli.** — *La sordità verbale od afasia sensoriale.* — (Rivista Sper. di Freniatria e di Medicina Legale, 1884).

XI. **Brugia.** — *Di un caso di afasia.* — (Arch. Italiano di malattie nervose, fasc. 1 e 2. 1884).

I. — L'argomento dell'afasia riceve un forte impulso da Charcot nel senso della chiarezza, e per la scelta di osservazioni cliniche, le quali più di tutto quello finora pubblicato dimostrano come possono esistere disturbi afasici isolati per abolizione o alterazione di uno soltanto dei fattori elementari del linguaggio, restando gli altri in condizioni più o meno normali.

Egli comincia per descrivere un caso di *cecità verbale* o *cecità dei motti* in persona di un individuo, il quale in seguito ad un insulto apopletico, e dopo che ebbe ricuperata ogni altra attività, financo il moto nel lato destro, ebbe perduta la facoltà di leggere tanto lo stampato che lo scritto a mano. Parlava bene, intendeva perfettamente il linguaggio parlato, scriveva correntemente ed anche abbastanza correttamente, però non poteva leggere, nemmeno quello che egli stesso immediatamente prima aveva scritto; leggeva solo scrivendo, mettendo, cioè, in gioco la memoria motrice per risvegliare la immagine della parola. In questo caso vi era emiopia bilaterale destra.

È una delle poche osservazioni, se non proprio la sola, in cui il disturbo in parola esiste proprio isolato; tutti gli altri fattori del linguaggio erano perfettamente normali, giacchè il più delle volte questo sintomo è oscurato da altri concomitanti e più gravi.

Charcot dalle poche autopsie finora fatte in casi di cecità verbale viene alla conclusione che la lesione, che la produce, trovasi localizzata sul lobo parietale inferiore, in un'area, specificata per la visione delle parole, compresa nell'area visiva generale; sicchè quando la lesione è più diffusa si ha la cecità verbale più emiopia bilaterale.

Anche di afasia motrice Charcot descrive un caso del tutto iso-

lato senza alcun altro concomitante disturbo della parola. Trattasi di un infermo, il quale un mattino levossi di letto con emiplegia completa a destra, ed afasico. Esaminato dopo qualche tempo si potè constatare che aveva del tutto conservata la intelligenza, intendeva perfettamente tutto quello che gli si diceva, leggeva bene, si esercitò a scrivere con la sinistra, ed esprimeva con la scrittura ogni suo pensiero; solo non poteva esprimersi parlando, non per paralisi dei muscoli della lingua o altri, chè non ve ne era traccia, ma per la perdita di movimenti speciali o meglio specializzati, che sono legati ad una funzione particolare, la cui coordinazione è indispensabile per la determinazione del linguaggio articolato.

Charcot non ammette, e ne dà con il succitato caso la prova, che chi è affetto da afasia motrice, non possa ugualmente esprimere con la scrittura i suoi pensieri, come alcuni ritengono, ed ultimamente il Lichtheim, e ritiene invece che il disturbo afasico in parola può esistere isolato, ed i rispettivi individui che ne sieno affetti, siano al caso d'intendere chi parla, di leggere e comprendere gli scritti, e di associare l'idea alla forma sensibile, esprimendola con la scrittura.

La lesione alla quale è ligata l'afasia atassica o motrice ha sede nel piede della terza circonvoluzione frontale dell'emisfero sinistro. Quei casi di afasia motrice, nei quali la lesione fu trovata in ben altro punto della corteccia, non furono di semplice afasia motrice, ma disturbi più complessi della parola per errore creduti esempii di semplice afasia motrice, in quantochè un'alterazione un pò grave di uno degli elementi del linguaggio può produrre un disturbo più complesso, che con un esame un po' superficiale può essere scambiato con la semplice afasia motrice.

È probabile che l'insula non sia del tutto estranea alla coordinazione movimenti articolari per la parola.

L'altra forma di disturbo della parola molto studiata da Charcot è l'agrafia, ed il fatto più culminante, che egli mette in rilievo, si è che l'agrafia può esistere isolata, cioè con integrità degli altri fattori elementari del linguaggio. Egli riporta un'osservazione interessante, da cui trae la inoppugnabile conclusione che il centro grafico è autonomo.

L'agrafia consiste essenzialmente nella perdita della memoria

grafica delle parole, cioè di quei movimenti specializzati particolarmente coordinati per la formazione della parola scritta.

Trattasi di un uomo di 57 anni, robusto, da molti anni tormentato da accessi di emicrania oftalmica. Era russo e parlava e scriveva oltre il proprio idioma anche il francese e il tedesco. Un bel giorno improvvisamente, e senza causa apprezzabile, le dita della mano destra s'indeboliscono, e si trova nell'impossibilità di scrivere. Era paretico con questo arto; dopo qualche tempo la paresi scomparve, e si accorse, in un tentativo a scrivere, che egli non potea tracciare una sola parola.

Era molto diminuito il senso muscolare nell'arto superiore destro, leggermente difficoltati i movimenti delle dita, non si trovava alcuna traccia di afasia motrice articolare, nè di cecità e sordità verbale; l'infermo, che era persona colta, diceva: « non mi fa alcuna maraviglia che non posso scrivere in francese; quello che mi sorprende è che non posso scrivere in russo. Mi rattrista molto il fatto che comprendo e parlo l'idioma russo, ma non posso scriverlo, non ostante che io possegga una forza sufficiente per dirigere la penna. »

Quanto alla localizzazione dell'agrafia Charcot si uniforma alla più probabile ipotesi, già formulata da Exner in base ad un certo numero di osservazioni anatomiche, cioè che la coordinazione per i movimenti specializzati per la scrittura, o, in altri termini, la memoria grafica ha per centro il piede della seconda circonvoluzione frontale.

L'agrafia può essere prodotta pure con un altro meccanismo. Quando manca la immagine acustica della parola si può avere non solo afasia motrice, ma pure agrafia. La cosa è abbastanza chiara. Durante il discorso nonchè la scrittura la idea risveglia la immagine acustica della parola, nonchè la immagine visiva, in quelli che sanno leggere, e sono queste due immagini che mettono in attività i rispettivi centri della memoria motrice articolare e della memoria grafica per parlare o scrivere. Quando mancano queste immagini il parlare e lo scrivere sono pressochè impossibili. Più importanti in questo meccanismo sono le immagini acustiche, però in alcuni uomini le immagini visive della parola sono così vivaci che bastano esse per la parola parlata o scritta. In ciò differisce essenzialmente il modo di vedere di Charcot da quello di Wernicke e Lichtheim.

Questi nei suoi schemi mostra che l'individuo affetto da sordità verbale non possa parlare nè scrivere, mentre per Charcot la parola e la scrittura sono talvolta possibili, quando alla sordità verbale non si associa pure cecità verbale.

L'amnesia verbale consiste nell'abolizione della immagine acustica della parola. Allorchè esiste questo disturbo, la parola è allo allo stato latente o in potenza, esiste la immagine visiva nonchè la immagine motrice o il ricordo dei movimenti coordinati necessarii per l'articolazione della stessa. Questa afasia va distinta dall'afasia motrice, perchè se all'amnesico si suggerisce la parola obliata egli immantinenti la ripete. Quello che fa difetto è l'immagine acustica della parola.

Charcot ammette che cause dell'amnesia verbale sia un'alterazione del centro medesimo della memoria acustica delle parole, con la differenza, relativamente alla sordità verbale, che in questa vi ha paralisi di quel centro, mentre nell'amnesia verbale vi ha semplice paresi dello stesso.

Ecco ora il concetto che dà Charcot della sordità verbale. Gli infermi affetti da sordità verbale ad un esame superficiale sembrano sordi; però essi odono le parole, solo non ne comprendono il significato; sembrano alienati; quando si rivolge loro la parola, essi fissano lo sguardo sull'interloquente, e o non rispondono o rispondono con parole non appropriate e spesso bizzarre. Quest'infermi non sono sordi, perchè possono ascoltare rumori anche leggieri, come il cadere di uno spillo sul tavolo, nè sono alienati, tuttochè la intelligenza possa essere alquanto depressa, perchè in questi casi mancando la forma o la veste alle idee, queste non possono essere sempre chiare, definite, e distinte, però le parole che odono non risvegliano la idea correlativa, risuonano invece come parole di una lingua straniera, che non essendo conosciuta non s'intende affatto. Chi è affetto da sordità verbale non può parlare, perchè il concetto della sordità verbale implica quello dell'amnesia verbale; la immagine acustica non può affatto essere rievocata tanto dalla idea quanto dalla stessa forma sensibile ripetuta. Quì però vi è una considerazione a fare. Charcot sostiene che la parola talvolta è possibile quando non esiste contemporanea cecità verbale, poichè le immagini visive delle parole (in alcuni uomini, naturalmente colti) in rapporto con le

rispettive idee possono risvegliare la memoria articolare e la memoria grafica delle parole (parlare o scrivere), tuttochè manchi la immagine acustica. Qui è questione di differenze individuali.

Quanto alla sede della sordità verbale o della memoria uditiva delle parole si può con abbastanza sicurezza affermare, in base alle poche ma esatte osservazioni raccolte, che sia localizzata sulla prima circonvoluzione temporale dell'emisfero sinistro. Si sa che la prima circonvoluzione temporale è centro uditivo generico, ed è su questo centro che si specifica, si distingue, quello per i suoni acustici delle parole. La paresi di questo centro dà per risultato la semplice amnesia verbale; la paralisi, o, che vale lo stesso, una lesione più profonda produce oltre l'amnesia la sordità verbale. Per Charcot come per molti altri l'amnesia verbale e la sordità verbale sono due aspetti di una lesione localizzata nel medesimo centro, non vi è che differenza di grado.

Lo schema di Charcot circa il linguaggio differisce dagli altri in quantochè egli ammette quattro centri specializzati per le memorie acustica, visiva, motrice articolare, e motrice grafica della parola, ognuno dei quali è in rapporto col centro ideativo e con gli altri tre, cosicchè con esso è possibile spiegare non solo le alterazioni di uno solo degli elementi del linguaggio, ma anche la possibilità dell'esplicazione del pensiero mercè il linguaggio quando uno degli elementi viene a mancare.

II. — L'A. in questo studio si propone di determinare le localizzazioni e le connessioni delle vie d'innervazione, che servono per il linguaggio e per le correlative funzioni; e con la guida di questa nozione determinare il luogo esatto di una soluzione di continuo di queste vie secondo le manifestazioni sintomatiche.

Egli tratta questa quistione costruendo una serie di schemi, i quali dovrebbero rispondere ai singoli atti elementari, di cui la parola risulta. Considera innanzi tutto quest'ultima nel bambino come un atto imitativo riflesso, e suppone due centri per i quali la parola viene ripetuta dal bambino, quello della memoria acustica della parola (immagine acustica della parola) e quella della memoria dei movimenti coordinati della parola medesima (immagine motrice della parola). Dette immagini si fissano nel rispettivo centro, ove ugualmente si riproducono. Inoltrandosi in età

il bambino, la parola da imitativa che era, diventa volitiva esprimente idee e concetti, e perciò si costituisce a poco a poco un altro campo, il quale secondo l'A., si mette in rapporti diretti coi due centri innanzi detti della parola imitativa, l'acustico ed il motorio.

Un altro schema esprime il meccanismo della lettura e della scrittura. Il leggere presuppone l'esistenza della memoria visiva delle lettere e dei gruppi di lettere. Il centro di detta memoria deve trovarsi in rapporti diretti col centro acustico innanzi detto, poichè ogni rappresentazione scritta della parola risveglia immediatamente la rappresentazione o l'immagine acustica della parola medesima. Inoltre deve trovarsi in rapporto col centro mnemonico dei movimenti per la espressione della stessa parola.

Per la scrittura il meccanismo diventa ancora più complicato; i movimenti necessarii per la formazione della parola scritta devono essere associati al centro delle immagini visive ed indirettamente pure al centro delle immagini acustiche, e si estrinsecano attraverso il centro motore articolatorio, di modochè quando si riproduce volontariamente una parola scritta dal campo ideativo, le correnti si determinano sul centro dei movimenti per la scrittura passando pel centro mnemonico dei movimenti della parola parlata, e mettendo in attività riproduttiva i due rispettivi centri della immagine acustica e più direttamente della immagina visiva della parola medesima.

Determinati così i diversi centri, l'A. studia le diverse forme cliniche, che derivano dalla interruzione delle correnti in ciascuno di questi centri. Stabilisce sette forme di afasia. Dato che la interruzione avvenga nel centro della rappresentazione motrice della parola, i sintomi che ne seguono sono i seguenti: 1.° abolizione della parola volitiva; 2.° impossibilità di ripetere la parola; 3.° impossibilità a leggere ad alta voce e a scrivere volontariamente e sotto la dettatura; sono comprese le parole parlate e le parole scritte, ed è conservata la facoltà di copiare. Questa è l' « afasia » di Broca, chiamata da Wernicke « afasia motrice », e dal Kussmaul « afasia atassica ».

Se l' interruzione o la lesione rattrovasi nel centro acustico della parola, allora è perduta la facoltà di comprendere il linguaggio parlato, e il linguaggio scritto, quella di ripetere le pa-

role, di scrivere sotto il dettato, e di leggere ad alta voce; mentre è conservata la facoltà di scrivere, di copiare le parole, e esprimere volontariamente le parole. Questo tipo corrisponde all'afasia sensoriale di Wernicke. In questo caso può esservi parafasia, val quanto dire che pur essendo conservata la proprietà di parlare volontariamente, la parola è guastata, o pure vi sono intercalate delle sillabe, che la storpiano, fino a divenire inintelligibile, perchè manca il controllo del centro acustico sulla parola parlata. L'A. perciò ammette che oltre le correnti tra il campo ideativo ed il centro motore della parola ve ne siano altre che passino per il centro acustico. Se ciò è vero, è possibile interpretare un'altra forma di afasia là ove fossero interrotte le vie commessurali tra il centro acustico e il centro motore della parola. In tal caso troveremo conservata la facoltà d'intendere le parole parlate e le parole scritte, nonchè quella di copiare le parole, di parlare e scrivere volontariamente; però appunto per la interruzione delle vie di controllo del centro acustico sul centro motore vi è parafasia e paragrafia, allorchè si vuol ripetere le parole, si vuol leggere ad alta voce, e si scrive sotto la dettatura.

L'A. qui si fa la questione se gl'impulsi per la scrittura volitiva, partendo dal centro ideativo, passino direttamente per il centro motore della parola parlata al centro motore della parola scritta, o se vi sia intercalato direttamente o indirettamente anche il centro acustico della parola; e sembra propendere, ad ammettere, in mancanza delle prove cliniche, che occorrerebbero in maggior numero, che vi siano delle correnti indirette o secondarie che dal centro motore delle parole passassero per il centro acustico, e raggiungessero il centro ideativo per assicurare della correttezza dello scrivere.

Pertanto egli non sa recisamente affermarlo, perchè se le correnti per la scrittura passassero per il centro motore e l'acustico, una interruzione tra il centro motore e il centro acustico cagionerebbe perdita della scrittura volitiva; se passassero per il centro motore, e solo correnti derivate tornassero per il centro acustico quella stessa interruzione arrecherebbe solo paragrafia.

Vi è poi un altro tipo di afasia che si riscontra quando sono interrotte le comunicazioni tra il centro ideativo e il centro motore articolatorio. In questo caso vi ha perdita della parola e

della scrittura volitive, mentre è conservata la facoltà d'intendere le parole parlate e scritte, di copiare, di ripetere le parole, di scrivere sotto la dettatura, di leggere ad alta voce.

Un quinto tipo di afasia è prodotto quando sono interrotte le vie motrici al di sotto del centro motore articolatorio, verso la periferia. In tal caso ne risulta abolita la facoltà di parlare, di ripetere le parole, e di leggere ad alta voce; mentre è conservata la facoltà d'intendere la parola parlata e scritta, di copiare e di scrivere volontamente e sotto la dettatura. Questa descrizione corrisponde all'afasia atassica di Kussmaul.

Con questi altri casi l'A. cerca dimostrare tra le altre cose l'importanza del centro uditivo e del centro motore articolatorio sulla scrittura; ogni lesione che distrugge l'innervazione delle rappresentazioni uditive dal centro ideativo dovrebbe necessariamente produrre disturbi disgrafici.

Quando la lesione interrompe le comunicazioni tra il centro acustico delle parole e il centro ideativo si avrà un sesto tipo di afasia caratterizzato dall'abolizione della facoltà d'intendere il linguaggio parlato e il linguaggio scritto, rimanendo conservate la parola volitiva (però con parafasia), la facoltà di scrivere volontariamente (con paragrafia), di ripetere le parole, di leggere ad alta voce, di scrivere sotto la dittatura, di copiare le parole.

Di questa forma di afasia l'A. riporta un caso minutamente descritto.

Riporta inoltre un caso di *sordità verbale isolata* dipendente da una interruzione delle vie acustiche periferiche. In questo caso è perduta la facoltà d'intendere la parola parlata, nonchè quella di ripetere e di scrivere sotto dettatura, ma la parola e la scrittura volitive, la facoltà d'intendere la parola scritta, di leggere e di copiare sono conservate senza parafasia, perchè è integro il circolo tra il centro acustico delle immagini verbali, il centro motore della parola, e il centro ideativo.

L'A. ritiene che tutte le forme di afasia si possono ridurre a questi tipi, e che se pure altri casi più complessi occorrono, ciò si deve alla diversa ubicazione ed estensione della lesione e alla compartecipazione di più vie centripete e centrifughe, la cui integrità è essenziale alla parola, ma che anatomicamente non sono del tutto note; i tipi descritti corrispondono alla semplice in-

terruzione di una sola delle vie del linguaggio. Così solamente possono essere interpretati i casi di afasia totale, in cui vi è afasia motrice e sordità verbale. D' altra parte in corso di tempo alcuni sintomi possono scomparire, ed alcuni altri permanere, e il giudizio, che ce ne formiamo, dipende dall'epoca in cui l'osservazione è stata fatta.

Stabilito questo rapporto tra i diversi fattori elementari del linguaggio quale posizione occupa l'afasia amnesica degli autori? Qui Lichtheim si discosta molto dalle vedute di Charcot, e si avvicina più a quella di Wernicke. Egli distingue recisamente la udizione verbale dalla facoltà di rievocare le immagini acustiche delle parole, essendo la prima ligata alle vie centripete o sensoriali, la seconda alle centrifughe o motrici.

Infatti l'afasia amnesica accompagna spessissimo l' afasia motrice specialmente il tipo Broca, e si mette maggiormente in evidenza nel periodo regressivo dell' afasia motrice o atassica. Per l' A. l'afasia amnesica, o amnemonica di Ogle, più che a lesione del centro acustico delle parole tiene a lesione delle vie, che uniscono il centro ideativo al centro della coordinazione motrice per la parola, e a lesione delle vie commessurali tra il centro motore e il centro acustico della parola, con integrità di quest'ultimo, e così si spiegherebbe come la parola udita può esser compresa e ripetuta, mentre volontariamente non può esere rievocata. L'amnesia verbale non è un segno di lesione a focolaio, bensì di processi diffusi, ed è la espressione di diminuita attività cerebrale.

Quanto alla localizzazione delle diverse forme di afasia. L'A. si esprime con sicurezza relativamente al centro motore della parola nel piede della terza circonvoluzione frontale, e al centro acustico nella prima circonvoluzione temporale; considera come probabilissimo cho le vie commessurali tra il centro acustico e il centro motore passino per l'insula, e il disturbo che deriva da una lesione di questa ultima regione (parafasia) potrebbe ricevere il nome di *afasia insulare*. Le vie commessurali tra i due suaccennati centri principali e il centro ideativo (molto diffuso) pare che si concentrino nella sostanza bianca del lobo temporale e della terza circonvoluzione frontale di sinistra rispettivamente. Maggiore è la difficoltà a stabilire il corso delle fibre dai succitati centri (acustico e motore) ai nuclei del midollo allungato. Ora sic-

come le lesioni della capsula interna e del peduncolo cerebrale di sinistra molto raramente sono seguiti da disturbi afasici permanenti, così è probabile che molte delle fibre commessurali dal centro rispettivo dell' emisfero sinistro passino all' emisfero destro prima di raggiungere la capsula interna.

III. — Trattasi di un signore di 59 anni albuminurico, che da cinque anni andava soggetto ad attacchi di dolore alla metà sinistra del capo con vertigine e parziale cecità. Una mattina si levò di letto incapace di esprimersi con sollecitudine, non vi era paralisi. Egli poteva parlar bene tranne quando si provava a parlare speditamente. La maggiore difficoltà sperimentava quando doveva nominare oggetti non troppo abituali. Egli poteva comprendere ciò che gli era detto, e poteva scrivere sotto la dettatura; poteva anche in maniera imperfetta esprimere in iscritto i suoi pensieri, però non poteva leggere quello che egli stesso aveva scritto. Esisteva emianopsia laterale destra, che persistette anche dopo che era scomparsa la cecità verbale, che avvenne nel corso di una settimana.

IV. — Sonvi casi di cecità verbale, in cui questo disturbo è associato all'emianopsia omonima, ed altri in cui il fenomeno *cecità verbale* sta senz'alcun disturbo della vista, e corrispondentemente all'autopsia talvolta si è riscontrata la lesione nel lobo parietale inferiore, tale altra nel lobo temporale.

Per interpretare questo diverso contegno della cecità verbale sia in rapporto al complesso sintomatico, sia in rapporto al substrato anatomico De W. rimonta al meccanismo col quale il bambino impara a leggere. Ciò avviene associando certe impressioni acustiche apprese anteriormente a certe impressioni visive nuove, ed il fanciullo stabilisce il rapporto tra la parola scritta e l'oggetto che esso indica per l'intermediario del suono.

Questo meccanismo fisiologico fa giustamente supporre che le correnti norvose per cui si legge non si esplichino solamente nel centro visivo della parola, ma necessariamente attraverso il centro uditivo, ed allora la cecità verbale non tiene ad un' unica lesione, ma o ad una lesione del centro visivo sul lobo parietale inferiore, nel quale caso la cecità verbale sarà associata all'emia-

nopsia laterale, o ad una lesione del centro acustico della parola, nel quale caso la cecità verbale sarà associata a sordità verbale, o a una lesione della commessura tra il centro acustico e il centro visivo nella sostanza bianca del lobo temporale, nel quale ultimo caso può esservi o non esservi sordità verbale.

V. — Non è quello del Prof. G. Stewart uno studio molto approfondito dei disturbi del linguaggio; è invece abbastanza schematico, difettante di analisi fina, poco diverso nelle sue linee generali da quello già noto dopo i classici lavori di Kussmaul, Wernicke, Charcot, ecc. Egli presenta uno schema costituito di due parti, quella rappresentante le vie sensorie, e quella rappresentante le vie motrici per la parola. Nella prima i centri visivi e uditivi generici sono separati e distinti dai centri uditivi e visivi specifici per la parola, ed entrambi confluiscono nel centro della intelligenza, il quale ultimo l'A. distingue dal centro della volontà, e stabilisce tra loro delle comunicazioni. Questo ultimo entra nella costituzione della seconda parte dello schema, quella delle vie motrici, e vi stanno connessi due altri centri distinti, quello della parola e quello della scrittura; al di sotto di questi e in rapporto con i primi stanno due centri distinti (motore e coordinatore) tanto per la parola che per la scrittura.

Da ciascun centro sensoriale quello della audizione verbale e della visione verbale sono tracciate due comunicazioni rispettivamente al centro motore della parola, e a quello della scrittura.

Riporta un caso tipico di cecità verbale verificatasi in una signora di una grande capacità e coltura, che perdette subitaneamente la capacità a leggere; presentatole un libro non riusciva a leggere una sola parola, appena riusciva ad indicare le lettere una per una, ma non ad associarle insieme per formarne una parola. La sua intelligenza era perfetta, parlava come prima ed era meravigliata che mentre vedeva e distingueva tutto quello che la circondava, come prima, le riusciva poi assolutamente impossibile di leggere una sola parola in un libro.

L'A. vuol distinguere i centri ove le lettere o i suoni sono sintesizzati in parole dai centri intellettivi, la cui profonda lesione può produrre una forma clinica, che apparentemente potrebbe confondersi con l'afasia sensoria propriamente detta, per

chè anche in questo caso le parole scritte o parlate non hanno più significato.

L'afasia amnesica non è trattata sotto questo nome dall'autore, ma sono ricordati fatti che vanno compresi assolutamente sotto la forma dell'afasia amnesica, che egli attribuisce all'affezione del centro volitivo, e a differenza di Charcot ed altri ne fa un'afasia motoria. Il difetto di rievocare volontariamente i nomi, come nei vecchi e in certi casi di amnesia, sarebbe un'affezione della volontà. Egli ricorda molti fatti in cui l'esaurimento temporaneo abolisce la capacità a rievocare certe parole o una lingua straniera imparata. Uno studente scozzese che parlava bene il tedesco, ogni volta che faceva con un compagno una lunga escursione, verso la fine di essa, quando era esaurito, era assolutamente incapace di esprimersi in tedesco.

Quanto alla localizzazione dei diversi centri segnati nello schema l'autore non si esprime con troppa chiarezza. Assegna la stessa sede alla cecità verbale e alla sordità verbale (1.ª circonv. temporale sinistra, e parte della 2.ª); e mentre nello schema il centro della volontà (will-centre) è del tutto separato dal centro della parola (speech-centre), nel testo dice che il centro motore (or will-centre) deve essere indubitamente riferito alla circonvoluzione di Broca.

Infine considera come cosa possibile che individui che hanno riportate lesioni permanenti nei centri della parola, nell'emisfero sinistro, imparino a parlare con l'emisfero destro.

VI. L'A. ricorda che la lesione centrale incontrata nelle osservazioni di cecità verbale, ove è stata fatta l'autopsia, ha per sede il lobulo parietale inferiore e la piega curva, regione alimentata da una branca della silvica. Nel maggior numero dei casi l'ammalato presenta a principio emiplegia ed afasia, dopo qualche tempo la paralisi si dissipa, scompaiono i disturbi della parola, resta però il disturbo di non poter leggere. La vista dei caratteri scritti non risvegliava nell'infermo dell'A. alcun ricordo dei nomi e delle idee che essi esprimono. Nei casi di questa natura è obliterato il tronco dell'arteria silvica, ma la circolazione collaterale si ristabilisce in alcune parti del territorio della silvica, onde scompaiono quegli altri fatti. In altri casi la cecità verbale è isolata fin da principio senza paralisi od afasia.

VII. — Non è a vero dire una contribuzione; fatti come quello riferito dall'autore più che ad edificare contribuiscono di sicuro a rovinare l'edificio di così difficile costruzione, quale è quello del linguaggio.

Trattasi di una donna che tre anni innanzi aveva sofferto un violento attacco congestivo al cervello, di cui residuò emiplegia passeggiera a destra ed impossibilità a produrre suoni fonetici.

Allorchè venne esaminata pareva comprendere con lo sguardo quello che le si diceva, ma non poteva emettere una sola parola, del tutto impassibile alle parole che le s' indirizzavano. Era incapace di ogni reazione spontanea; non poteva bene sporgere la lingua, deglutiva con pena.

All'autopsia fu trovata traccia di un antico piccolo focolaio emorragico nel solco di separazione tra la terza e la seconda circonvoluzione frontale di sinistra; tracce di piccoli focolai multipli nei due corpi striati ed anche nel nucleo lenticolare sinistro; macchie rosee e biancastre con inuguale consistenza nel talamo ottico; quasi le stesse lesioni nell'emisfero destro; regioni indurite e altre molli, antichi disturbi trofici e processi degenerativi nel ponte, sclerosi e degenerazione delle olive e delle piramidi del midollo allungato; analoghe lesioni nel cervelletto.

Questo è il caso non *tres net* di afasia, come asserisce l' autore, ma complicatissimo di demenza, di afasia e di anartria, forse più anartria e demenza che afasia motrice, e che l'autore adduce ad esempio di afasia « veritable » con integrità della circonvoluzione di Broca, e da attribuirsi quindi alle lesioni bilaterali dei corpi striati, la cui integrità è condizione espressa della produzione dei fenomeni dell'articolazione dei suoni, ed a lesione delle regioni del ponte e del bulbo incaricati di tradurre le incitazioni fonomotrici volontarie in suoni articolati.

VIII. È una storia raccontata dallo stesso paziente, che è un medico di provincia. Passeggiava in carrozza guidando egli il cavallo e, volendo domandare la via per la quale doveva essere, non trovava parole per esprimersi. Poco dopo, restando del tutto consciente di se, ebbe scosse convulsive alla mano destra, tanto che non potè tenere più oltre le redini. Nulla poteva dire, e riuscirono vani tutti gli sforzi per tradurre in iscritto i suoi pen-

sieri. Seguirono subito perdita della conoscenza e attacchi apopletiformi per parecchie ore , dopo di che potè parlare bene. Dal maggio 1881 al 26 decembre 1882, soffrì 29 attacchi simili più o meno lunghi, ma sempre più brevi del primo, anche di mezz'ora. Ball crede che si tratti di ischemia ricorrente, o di emimicrania. Ricorda un altro malato che dopo ogni attacco di *migraine*, restava afasico per alcune ore.

IX. L'A. per ricerche proprie pensa che la teoria di Bouilland, che non accordava punto più importanza ad un lobo frontale che all'altro, è più vera di quella di Dax e di Broca, per i quali il lato sinistro solo sarebbe attivo nel gioco del linguaggio articolato.

I fatti su cui il Bitot insiste sarebbero di una grande importanza, se non facesse difetto in quasi tutti il lavoro quel rigore di analisi e di conclusioni indispensabile sempre negli studii di questa natura, tanto maggiormente poi quando trattasi di scalzare una dottrina universalmente accettata e fondata sopra numerosissimi fatti rigorosamente studiati. Il Bitot adunque poggiandosi su un certo numero di osservazioni tolte in gran parte alla letteratura antica (Gintrac) contesta al centro di Broca il suo elemento motore nella parola, anzi gli toglie ogni importanza funzionale nel linguaggio ; asserisce che l'elemento motore è localizzato nel punto verso il quale si dirigono i fasci *vecteurs* della parola alla parte media delle circonvoluzioni orbitarie , a due centimetri dalla linea mediana per una estensione di cinque millimetri quadrati, e quindi il rivestimento cellulare della terza circonvoluzione frontale può esser distrutto senza nuocere alla parola. I disturbi afasici secondo Bitot si possono sempre riferire al distretto *delle irradiazioni capsulari extranucleari*, che decorrono alla parte anteriore del bordo esterno del ventricolo laterale. Le lesioni della testa del nucleo caudato e della parte anteriore del talamo ottico possono produrre disturbi della parola, perchè si trovano in prossimità delle irradiazioni capsulari. Per la stessa ragione le lesioni dell'insula possono indurre disturbi della parola. Di maggior rilievo è ancora la curiosa affermazione che le irradiazioni capsulari di destra hanno le stesse attribuzioni fisiologiche nel linguaggio che quelli

di sinistra: nessuna differenza esiste per la parola tra l'emisfero destro ed il sinistro.

Naturalmente tutte queste affermazioni di Bitot derivano da un'analisi anatomica troppo grossolana, dall'assoluto difetto di distinzione dei diversi elementi costitutivi del linguaggio (egli spesso si accontenta di dire «*parola difficile*») nonchè dallo scarso numero delle osservazioni spesso incomplete e pescate qua e là nella letteratura di parecchi anni fa, quando non ancora si avevano del linguaggio le nozioni che oggi si possiedono.

X. L'A. riferisce due casi di sordità verbale. Il primo riguardava una donna di 51 anno, la quale oltre ai disturbi mentali, presentava spiccati i fatti della sordità verbale; ella non comprendeva il significato della domanda, ed atteggiava, ogni volta che le si rivolgeva una domanda, la fisonomia ad espressione di maraviglia.

Non era difetto d'intelligenza, perchè quando la domanda era associata ad un gesto, la comprendeva, e rispondeva adeguatamente.

L'articolazione delle parole non presentava alterazione, però molte parole venivano formate in modo strano, per omissione di qualche sillaba o per interversione delle stesse, e talvolta erano del tutto inintelligibili; invece di *lapis* diceva *fapello*, invece di *pennello* pronunziava *fanello*, ecc.

Udito e vista normali; non leggeva nè scriveva perchè analfabeta. Gravi disturbi psichici. All'autopsia furono riscontrati fatti di meningo-encefalite diffusa con aderenza della pia madre a qualche punto della frontale superiore e media di ambedue gli emisferi, alle circonvoluzioni orbitarie, a *tutta intera la prima circonvoluzione è alla porzione limitrofa della seconda circonvoluzione del lobo temporale sinistro*, nonchè a qualche punto dell'isola sinistra: intatto era il piede della frontale inferiore sinistra.

Il secondo caso riguarda una donna di 56 anni, in cui il fenomeno dalla sordità verbale era associato a gravi disturbi mentali. Aveva l'aria di ebetudine, era passiva a tutto quanto la circondava, non seppe dar mai conto del suo passato; a tutte le domande anche più elementari rispondeva sempre «*quello lì, sì quello*». Parlava confuso, ma l'articolazione della parola non era

alterata. Avvertiva tutti i rumori, comprendeva tutti i gesti. All'autopsia si riscontrò un focolaio di rammollamento, che occupava tutta la seconda circonvoluzione temporale, la metà esterna della 1.ª e la metà della 3.ª temporale di sinistra.

L'A. fa l'analisi di tutti i casi pubblicati (20 con 17 necroscopie); la lesione fu sempre trovata nella 1.ª o nella 2.ª o in entrambe queste due circonvoluzioni temporali di sinistra; giammai le lesioni furono incontrate esclusivamente a destra. Quando alla sordità verbale era associata pure cecità verbale la lesione si trovò diffusa al lobo parietale inferiore; quando vi era pure afasia motrice, la lesione era diffusa sul piede della circonvoluzione frontale inferiore. Da ciò risulterebbe chiaro che la sordità verbale è un sintomo di molto valore per la diagnosi di sede delle lesioni a focolaio del lobo temporale sinistro.

XI. L'infermo che è obbietto dello studio di B. sull'afasia fu colpito alla regione sinistra del capo da un'asta, che fitta in terra fu divelta dal contraccolpo di un mortaio che esplose; riportò frattura in un'area circoscritta del cranio, e restò paralizzato con gli arti di destra e nell'assoluta incapacità ad esprimere i suoi pensieri con la parola. I gravi disturbi psichici nonchè la paralisi degli arti a poco a poco si dileguarono, e permasero l'inceppamento della loquela, e delle contratture fugaci all'arto superiore destro; era pure ottuso l'udito a sinistra. Il disturbo della parola era complesso; il discorso risultava di un succedersi tumultuoso di poche voci ben pronunziate, di molti vocaboli storpii, di moltissimi suoni articolati e mal definiti; il ricordo dei sostantivi era molto difficoltato, il più delle volte impossibile, un po' meno quello dei verbi. Dimenticava o guastava finanche il proprio nome, invece di « Gigi », diceva « Ligi »; vi era parafasia. Intendeva il significato delle parole, però la parola volitiva era a lui quasi impossibile; nemmeno le consonanti poteva volontariamente pronunziare. Vi era apparente alexia perchè non era perduta la facoltà di concepire mentalmente i simboli grafici, però difettava la estrinsecazione articolare; poteva copiare, ma non scrivere spontaneamente una sola parola discifrabile, (agrafia).

L'A. esclude decisamente che l'agrafia possa dipendere dalla

lesione del centro motore della parola, esclude pure una lesione del centro grafico, e accettando indiscusso lo schema di Kussmaul ritiene che l'amnesia verbale e l'agrafia dipendano dall' indebolimento funzionale dei centri sensitivi, il centro acustico e il centro visivo della parola.

Da questa succinta rassegna possiamo concludere:

1.° Il linguaggio nella sua unità funzionale può considerarsi costituito di quattro fattori elementari, due sensoriali (udizione verbale e visione verbale) e due motori (movimenti coordinati della parola parlata e della parola scritta), di atti psichici di ordine più elevato (intelligenza del linguaggio parlato e scritto, impulso volitivo a parlare e a scrivere), di semplici atti fenetico-meccanici.

2.° I primi quattro atti elementari sono in così stretto rapporto tra loro che l'abolizione di uno trae con sè un arresto nel dispiegarsi di uno o più dei rimanenti, però in alcuni individui possono raggiungere tale una dignità individuale che la funzione degli altri non viene rilevantemente turbata, quando uno di essi sia abolito.

3.° La massima importanza, è esercitata dalla udizione delle parole, cioè dal centro acustico della parola, che può considerarsi come il perno del linguaggio, attraverso il quale possono dispiegarsi tutte le altre correnti adatte a provocare l' attività degli altri centri.

4.° È dimostrato che possono occorrere forme semplici di afasia, ciascuna corrispondente ad un atto elementare: due sensoriali, e due motrici. L'abolizione della audizione verbale o della visione verbale induce rispettivamente sordità verbale o cecità verbale; quella della coordinazione dei movimenti per la parola (o della memoria motrice) l'afasia motoria o atassica; quella della coordinazione dei movimenti per la formazione dei segni grafici (memoria motrice dei segni grafici) l'agrafia. Però è fuor di dubbio che l'afasia motrice e la sordità verbale ordinariamente traggono con se l'agrafia, e spesso pure l'alexia.

5.° Non vi ha dubbio sulla sede rispettiva dei quattro atti elementari suaccannati, e quindi sulla localizzazione delle diverse forme di afasia (v. rassegna del lavoro di Charcot); però rimangono perfettamente oscure le commessure tra i diversi centri,

ed è spesso difficile la localizzazione delle forme commessurali di afasia.

6.° Pertanto tra le forme commessurali fanno eccezione la *parafasia*, che si associa alla sordità verbale, e può essere anche la espressione di una lesione dell'insula; e una forma di cecità verbale, che tiene a lesione del fascio commessurale tra il lobo temporale e il parietale inferiore.

7.° La localizzazione dell'afasia amnestica non è sempre possibile nelle attuali condizioni della scienza, ma può avere doppia derivazione: il centro acustico della parola, e l'intero campo intellettivo. *L. Bianchi.*

PSICHIATRIA

Reinhard. — *Beitrag zur Aetiologie der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren, mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Syphilis.* — *Contributo all'etiologia della paralisi progressiva degli alienati, con speciale considerazione dell'influenza della sifilide.* — Allg. Zeitsch für Psychiatrie Vol. 41. fasc. 4.° e 5.°; 1885.

Per risolvere il problema del valore etiologico della sifilide nella genesi della paralisi generale degli alienati, si è ricorso a prove cliniche, anatomo-patologiche, terapeutiche e statistiche. Le prove cliniche e anatomo-patologiche non hanno per ora approdato a nulla di serio, inquantocchè i segni differenziali che si sono addotti per provare l'esistenza di una paralisi specifica non hanno nulla di preciso da poterne ricavare conclusioni sicure. Molto meno concludenti sono le prove terapeutiche, imperocchè le supposte cure antisifilitiche riuscite favorevoli son troppo rare e lasciano il dubbio se, nel caso concreto, non sia avvenuto un errore di diagnosi.

Tenuto conto di queste difficoltà, l'A ha preso esclusivamente di mira i dati della Statistica, e restringendosi nelle sue ricerche ai fatti relativi alla provincia di Amburgo, si è proposto di risolvere i seguenti problemi:

1. — Qual'è la percentuale della sifilide nei pazzi non paralitici?

2. — Qual'è la stessa percentuale nei paralitici?

3. — Qual valore si ha nella percentuale della sifilide, se vien fatta distinzione tra paralisi con e senza concomitante tabe dorsale?

4. — Che rapporto esiste tra la frequenza della paralisi nell'uomo e la stessa frequenza nella donna? È costante questo rapporto?

5. — Come si comporta il percento dell'eredità nei pazzi paralitici e nei non paralitici?

6. — Come si comporta il percento dell'alcoolismo (e di altri momenti etiologici) nei pazzi paralitici e nei non paralitici?

7. — Qual differenza si rileva nella frequenza della paralisi tra la popolazione della città e quella delle campagne ed a seconda delle diverse professioni?

8. — È da ammettere in generale un relativo aumento delle malattie mentali?

9. — È da ammettere un relativo incremento della paralisi?

a) rispetto alla popolazione?

b) rispetto al numero complessivo dei pazzi?

10. — Segna la frequenza della sifilide (per Amburgo) un relativo aumento o diminuzione?

Non è inutile premettere che l'A. per constatare nei suoi soggetti la presenza dell'infezione sifilitica si è servito tanto delle notizie fornite dai parenti quanto di quelle fornite dai malati stessi (paralitici), non trascurando, quando ha potuto, di controllare le sue conclusioni con gli ordinarii segni clinici e col reperto necroscopico. Nelle prostitute di carriera ha presunto costantemente la sifilide. Lo stesso ha fatto per quelle donne che avevano abortito più di una volta. Nel reperto necroscopico ha tenuto per segni molto sospetti le atrofie liscie e circoscritte della calvaria e l'atrofia cicatriziale liscia della regione papillare della radice della lingua.

1. — Ciò premesso, rispetto alla prima questione, i calcoli dell'*A.* abbracciano un materiale di 2090 pazzi, tra cui si trovano 1762 non paralitici, e cioè 823 uomini e 939 donne. Negli uomini si constatò la sifilide 53 volte, e propriamente 15 volte con l'anamnesi; 17 volte con l'esame clinico e 2 volte con l'autossia. Ciò dà per gli uomini 6. 4 per cento di sifilitici. Nelle

939 donne non paraltiche si notò 49 volte la sifilide; cioè 20 volte con l'anamnesi; 9 volte con l'esame clinico e 3 volte con l'autossia. Ciò dà per le donne un percento di 5. 2 sifilitiche. Aggiungendo agli uomini 17 casi dubbii ed alle donne 12 casi parimenti dubbii, si ottiene per i primi un percento di 8. 5 e per le seconde di 6. 5. In tutti questi casi l'intervallo tra l'infezione sifilitica e l'inizio del disordine mentale era stato per lo meno di 5 anni.

2. — Sul totale, 2090 pazzi si notarono 328 paralitici, cioè 241 U. e 87 D. In questi 328 casi di paralisi fu notato 74 volte la sifilide, cioè nella proporzione di 22. 4 0[0. Se dal totale di 238 paralitici si tolgono 25 casi in cui non fu possibile ottenere nessun indizio nè pro nè contro la sifilide, e vi si aggiungono 11 casi in cui si sospettò l'esistenza di sifilide latente, si avrà la proporzione di 28 sifilitici per ogni 100. Le donne dettero una percentuale maggiore pel fatto che la maggior parte di esse appartenevano alla classe delle prostitute.

3. — Sopra i 328 casi di paralisi, l'affezione dei cordoni posteriori del midollo spinale fu riscontrata 112 volte (86 U. e 26 D.), cioe nella proporzione di 34 0[0 (35. 8 per 100 negli uomini e 29. 1 nelle donne). In questi 112 casi di paralisi complicata fu notata la sifilide negli uomini nella proporzione di 23. 3 0[0; nelle donne di 34. 6 0[0. Per contrario nei casi di paralisi semplice la stessa proporzione fu di 18. 2 0[0 negli U. e di 26. 2 nelle D.

4. — Il rapporto tra i paralitici dei due sessi calcolato su i 328 casi precedenti è di 87 D. a 241 U.; vale a dire 1: 2. 8. Questo rapporto si mantenne sensibilmente costante nel ncvennio 1875-1883.

5. — L'infezione ereditaria fu trovata dall'A. nei non paralitici nella proporzione di 26. 2 per 100 per gli U. e di 31. 4 per le D. — ; nei paralitici nella proporzione di 18. 7 per gli U. e di 24. 5 per le D.

6. — Relativamente all'influenza dell'alcoolismo le ricerche dell'A. si limitano ai soli uomini ed hanno condotto a questo risultato: nei non paralitici quest'influenza fu constatata nella proporzione di 14. 6 0[0; nei paralitici invece nella proporzione di 30. 3 0[0.

7. — Fra i paralitici fu notata un'alta proporzione di operai soggetti all'influenza del calorico raggiante e di fabbricanti di sigari e tabaccai. L'alta influenza della prostituzione è stata rilevata più sopra. Le altre professioni non sono prese in speciale considerazione dall'A. — Relativamente all'influenza della vita di città e di quella della campagna, i rilievi dell'A. dànno per la città la proporzione di 1 un paralitco ogni 1377 abitanti e per la campagna quella di 1: 2737.

8. — Negli ultimi tredici anni l'A. ha potuto calcolare un lieve aumento nella proporzione degli alienati rispetto alla quantità di popolazione della provincia amburghese.

9. — Degni della maggiore considerazione sono i dati statistici raccolti dall'A. relativamente al modo di comportarsi del totale dei paralitici tenuti in cura in ciascun anno rispetto alle cifre della popolazione e a quelle degli altri folli presi insieme. Vogliamo registrare le sue stesse cifre:

Anni	Proporzione dei paralitici rispetto alla popolazione	Anni	Proporzione dei paralitici rispetto agli altri folli
1875	1: 4619	1875	1: 12,2
1876	1: 3515	1876	1: 11,4
1877	1: 3576	1877	1: 9,4
1878	1: 3530	1878	1: 10,8
1879	1: 2965	1879	1: 8,4
1880	1: 3062	1880	1: 9,2
1881	1: 2751	1881	1: 7,4
1882	1: 2747	1882	1: 7,6
1883	1: 2757	1883	1: 6,5

E per le sole ammmissioni annuali si ebbe a constatare tra i paralitici e i non paralitici il rapporto di 1 a

1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883
7,5	9,5	5,7	6,8	4,7	4,8	4,0

Vi è dunque un sensibile e costante aumento di pazzi paralitici negli ultimi anni; il che si verifica a spese delle altre forme di alienazione mentale. Ed infatti mentre, secondo i calcoli

dell'A., i casi di pazzia in generale nel decennio 1875-1884 son cresciuti al più nella proporzione di 1: 1,2; invece i casi di paralisi rispetto alla popolazione son cresciuti nello stesso periodo nella ragione di 1: 1,67, e rispetto alle altre forme di pazzia nella ragione di 1: 1,87.

10. — Relativamente alla quistione se l'infezione sifilitica sia in aumento o in diminuzione negli ultimi anni rispetto al numero della popolazione, l'A. è condotto dai suoi calcoli ad ammettere che la diffusione della sifilide negli ultimi 12 anni (almeno per Amburgo) non è cresciuta, anzi molto verosilmente si trova in leggiera diminuzione. Ciò si accorda, egli dice, con l'opinione che si va facendo strada nella mente dei più in questi ultimi tempi.

Messe in chiaro le precedenti questioni, l'A., ritornando sullo scopo principale del suo lavoro, fa rilevare come nei pazzi paralitici della provincia di Amburgo la proporzione dei sifilitici non è poi tanto esagerata, quanto vorrebbero aver dimostrato in altri Manicomii il *Kjelberg*, lo *Steenberg* ed il *Rohmell*, i quali ammettono l'esistenza di sifilide pregressa in tutti i casi di paralisi; o quanto vorrebbero il *Mendel* e lo *Snell* che l'ammettono in circa tre quarti dei casi. La proporzione data già innanzi dall'A. rimane però molto al di sotto di quella assegnata dal *Westphal*, dal *Fürstner*, dal *Magnan* e da altri, i quali quasi giungono a mettere in dubbio l'influenza della sifilide nella genesi della paralisi progressiva. Siffatte differenze di apprezzamento stima l'A. che potrebbero forse dipendere da differenze nelle rispettive condizioni locali o forse anche in parte da ciò che i più zelanti sostenitori dell'origine sifilitica della paralisi abbiano creduto di vedere una sifilide generale in un semplice contagio locale (uleus molle).

Comunque sia, stando alle cifre da lui addotte, l'A. ravvisa una certa importanza etiologica nella sifilide, senza di che non saprebbe spiegarsi la diversa percentuale di sifilitici rinvenuta nei pazzi paralitici e in quelli comuni. Da ciò ad ammettere che la sifilide sia il principale e forse l'unico momento etiologico della paralisi vi è un abisso; e lo dice chiaramente la mediocre percentuale dei sifilitici sul totale dei paralitici. Non valè obbiettare che la cifra delle donne paralitiche insieme e sifilitiche,

e specialmente fra le prostitute, è troppo alta; imperocchè quest'ultimo ceto di persone si sa quanto sia esposto a parecchie altre influenze incriminabili. Le prostitute d'ordinario provengono da famiglie degenerate, o in ogni caso bene spesso presentano inquinazioni ereditarie e una predisposizione originariamente cattiva; e infine il loro genere di vita è dei più perniciosi per l'economia del sistema nervoso centrale. Siffatte considerazioni dimostrano anzi che la paralisi deve la sua origine non ad un'unica cagione ma a l'intreccio di parecchie influenze nocive. Appoggiano siffatta conclusione i rilievi dell'A. rispetto alla frequenza dell'eredità e delle abitudini alcooliche nella paralisi. Mentre infatti la percentuale dell'eredità non è molto diversa tra pazzi paralitici e comuni, le abitudini alcooliche si rinvengono quasi in proporzione doppia nei paralitici. Di maggior peso per la giustezza dell'opinione, che la sifilide non possa essere la principale cagione della paralisi, è la circostanza che la paralisi si è trovata in aumento relativamente considerevole mentre quasi l'opposto avviene della sifilide.

Se si aggiunge che in 170 reperti di paralitici l'A. non ha visto note caratteristiche di sifilide nè nel cervello nè nelle sue membrane, e che non gli venne fatto in nessun caso di sifilide pregressa arrestare o scongiurare la letale tendenza del morbo, bisognerà convenire che la sifilide può solamente esser considerata come una delle cagioni disponenti alla paralisi. Con ciò non si nega che in date circostanze essa rappresenta l'ultimo anello nella catena delle influenze nocive, il che significa che porge occasione all'invasione della paralisi.

Dalla lieve differenza nella percentuale dei sifilitici tra paralitici tabici e non tabici l'A. non si crede autorizzato a speciali conclusioni; e non pare che intorno all'influenza della sifilide sulla origine della tabe divida le opinioni di *Erb* e di *Fournier*.

L'alta cifra dei paralitici nelle città, rispetto alle campagne, e il fatto che la paralisi è in sensibile e cuntinuo aumento da un decennio in qua, accennano a certe influenze perniciose generali ben note, cui la popolazione delle città rimane esposta a preferenza di quella del contado.

L'A. riassume le sue opinioni sul valore dei diversi momenti etiologici della paralisi progressiva affermando che in prima li-

nea è da mettere la lotta per l'esistenza, divenuta più aspra, e le ombre minacciose che projetta l'odierna vita sociale; in seconda linea deve collocarsi la passione del bere (almeno per gli uomini); in terza linea la sifilide; in quarta linea l'eredità. A queste si collegano in serie decrescente altre influenze nocive, quali la professione, i traumi al capo, le malattie acute ecc.

Andriani.

Eickholt. — *Zur Kenntniss der Dementia paralytica.* — *Contributo alla conoscenza della demenza paralitica.* — Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie; vol. 41; fascicolo 1; 1884.

Questo lavoro comprende due parti: la prima è dedicata a ricerche etiologiche; la seconda riflette più specialmente l'origine degli accessi epilettiformi ed apoplettiformi degli ammalati di paralisi progressiva.

Le conclusioni della prima parte si possono riassumere così:

a) A riguardo della *frequenza* della paralisi, le provincie renane dànno una percentuale di paralitici (sul totale dei folli) oscillante tra 14,4 e 17. Parrebbe all'A. di vedere una lieve diminuzione di paralitici negli ultimi anni.

b) L'età in cui la malattia si presenta oscilla dai 20 ai 65 anni; il maggior contingente si trova tra i 35 e i 50 anni. Non conviene nell'opinione del *Mendel*, che cioè le paralisi che scoppiano innanzi al 30.° anno abbiano momenti causali del tutto speciali; afferma invece che queste paralisi precoci hanno un corso particolarmente pernicioso.

c) Quanto alle influenze ereditarie, l'A. ricorda che il *Wille* accorda ad esse una significante importanza fino al punto da ammettere che in tutti i paralitici (manifestamente ereditarii e no) preesista sempre alla malattia uno stato mentale abnorme. Perciò il *Wille* è disposto ad ammettere che le psicosi di oggi, in conseguenza di svariate influenze nocive al sistema nervoso, han preso un carattere paralitico, per cui la paralisi non dovrebbe propriamente esser considerata come una nuova forma morbosa. Il *Mendel* per contrario non trova molto esagerata l'influenza ereditaria nella paralisi. Su questo punto l'A. si accosta a coloro che attribuiscono all'eredità una mediocre influenza, anche infe-

riore a quella che si verifica nelle altre psicosi. Dal lato dell'eredità sembra all'A. che l'influenza del padre sia molto più perniciosa di quella della madre, nella proporzione di 22: 13. È degna di nota l'osservazione fatta dall'A. su di un complesso di 161 casi di paralisi classica, dal cui studio si poteva ricavare che gli altri momenti etiologici diversi dall'eredità non erano nei casi di tabe ereditaria da meno, per numero e per importanza, di quelli che concorrevano nei casi non ereditarii; il che depone sfavorevolmente sulle presunzioni del *Wille* rispetto all'ereditarietà.

d) Tra i momenti etiologici bisogna accordare un posto rilevante all'*alcoolismo*, quasi nella stessa proporzione dell'eredità (24 0[0). In ogni caso l'A. trova esagerate le statistiche francesi su questo punto.

e) Relativamente all'influenza della *sifilide*, l'A. si accosta alle idee del *Westphal* (una percentuale di 12 a 14) e trova oltremodo esagerate le vedute del *Mendel* e dello *Snell*.

f) La rara occorrenza, che una paralisi sia preceduta da una affezione mentale primaria, è confermata dall'A. Su questo punto accetta in fondo le idee del *Voisin* e stabilisce designare col nome di *paralisi secondarie* o *psicosi divenute organiche* quelle psicosi che trapassano nel quadro clinico della paralisi dopo che si son mantenute per oltre due anni nei limiti di un'affezione funzionale, e col nome di *paralisi atipiche o protratte* quelle psicosi semplici che subiscono lo stesso esito prima della fine del secondo anno. La più rara occorrenza è quella in cui l'invasione di una paralisi succede ad un'affezione mentale primaria, restandone però separata da un periodo di completa remissione di più di due anni. In tal caso si tratta evidentemente di due affezioni affatto distinte fra loro. L'A. ne descrive un caso di propria osservazione.

g) La pazzia paralitica nella donna, rispetto a quella dell'uomo, occorre nella proporzione di 1: 6. A parte le cause comuni, hanno speciale importanza nella donna la menopausa e la gravidanza. A queste due influenze, e sopratutto alla prima, il il *Krafft-Ebing* e lo *Jung* accordano un'importanza capitale. L'A., stando ai propri rilievi, trova molto esagerate le loro opinioni.

Ed eccoci alla seconda parte.

Il *Westphal* designa col nome di *accessi paralitici* quegli accessi apoplettiformi o epilettiformi, che si osservano in parecchie malattie cerebrali. Appariscono segnatamente nel corso della demenza paralitica, e i più frequenti sono gli accessi epilettiformi. Si dicono epilettiformi perciò che non corrispondono perfettamente alla forma classica dell'attacco epilettico. Talvolta è preso da uno spasmo tonico-clonico un determinato gruppo muscolare, segnatamente del viso; tal'altra è presa la musculatura di tutta una metà del corpo; tal'altra infine le convulsioni sono generali come nell' ordinario attacco epilettico: la coscienza è perduta. L' accesso scoppia d'un subito, dopo alcuni prodromi, sui quali raramente l' ammalato è in grado di dare qualche ragguaglio. L'ammalato, ch'era tranquillo, dà segni d'irrequietezza, i suoi disordini motori si accentuano, diruggina i denti, la testa si congestiona, la fisonomia è smarrita, sopravvengono sintomi di afasia ecc. Spesso si stabilisce uno stato epilettico che può durare delle ore e dei giorni. Passato l'accesso, l'ammalato può riprendere il suo contegno abituale, talvolta con maggior chiarezza intellettuale; più spesso sottentra un violento eccitamento maniaco. D' ordinario deriva da tutto ciò un rapido scadimento psichico. In alcuni casi si residuano disordini della sfera motoria in forma di paralisi, per lo più localizzate nei gruppi muscolari più fortemente presi dallo spasmo. Spesso si osserva afasia. Queste paralisi possono restare stazionarie, o dileguarsi dopo alcun tempo. Se l'accesso si ripete, le convulsioni appariscono d'ordinario dapprima nei gruppi muscolari paralizzati. L'ammalato può soccombere all'accesso o alle sue conseguenze.

L'*A.* pensa di poter spiegare la patogenesi di questi accessi, riferendosi alle nuove dottrine sulla patogenesi dell'accesso epilettico classico. Ricorda, a questo proposito, le elaborate ricerche di *Jackson*, *Tamburini*, *Luciani* e *Gowers*, e conclude che gl'accessi epilettiformi dei paralitici hanno il loro punto di partenza nella corteccia cerebrale. Ed ecco come, secondo lui, andrebbero le cose. « Il processo patologico, egli dice, che porge fondamento alla paralisi, si stabilisce a preferenza nelle circonvoluzioni frontali, e di là si estende alla regione motrice (circonvoluzioni centrali ed adiacenze). Qui si trovano inspessimenti delle meningi, processi flogistici, atrofie della sostanza cerebrale,

concrescenze tra la corteccia e la pia madre, alterazioni vasali che dànno luogo a stasi: circostanze tutte insieme che favoriscono i fatti d'irritazione nelle parti vicine. Il fatto che gli accessi son tanto diversi di fisonomia tra loro, che a volte interessano singoli gruppi muscolari, a volte una metà del corpo, con o senza perdita di coscienza, a volte l'intero apparecchio muscolare, rivela la progressione di uno stimolo attraverso i centri motori che sono giustapposti gli uni agli altri e son contigui al lobo frontale, sede presunta della coscienza. In favore della corteccia, come punto di origine degli accessi paralitici, depone il fatto: che agli attacchi tengon dietro spessissimo fatti di paralisi proprio in quei gruppi muscolari più travagliati dagli spasmi. Queste paresi sono spesso di breve durata, e possono dileguarsi dopo 12 ore dall'inizio dell'attacco, come possono pure residuarsi in forma di mono o emiplegie. Dippiù, se gli attacchi si ripetono, l'ultimo attacco interessa a preferenza le membra paralizzate, cioè corrisponde a quel tipo accennato dal *Nothnagel* per le affezioni a focolaio della corteccia ».

Relativamente al modo di origine delle convulsioni, l'A. ricorda l'opinione di *Schüle* che ammette una condizione angiospatica, al contrario di quella del *Mendel* e del *Krafft-Ebing*, che ammettono una paralisi vasale transitoria con edema regionale. L'A. opina che in questi casi, come nella maggior parte delle affezioni cerebrali, il momento causale può essere o puramente funzionale o anatomico (alterazioni patologiche). « I gruppi ganglionari della regione psicomotoria, per effetto di disordini di nutrizione, si trovano in uno stato di equilibrio instabile, per modo che un minimo stimolo è sufficiente ad esagerarne l'attività: il paralitico diviene così in certo modo epilettico. Lo stimolo che risveglia l'attacco può esser periferico e venir rappresentato dalla vescica ripiena, dall'intestino ingombro di feci, o da una manovra di cateterismo; ovvero può essere intracranico. Se esaminiamo un cervello di un paralitico, ci salta all'occhio il maggior o minor grado di edema, ora delle meningi, ora della sostanza stessa del cervello. L'edema è l'espressione della stasi nel sistema vasale, rispettivamente dell'ostacolo al deflusso della linfa. In condizioni normali, il così detto movimento vascolare del cervello, cioè una contrazione delle arterie che si ripete periodicamente, presiede

al trasporto della linfa dal cervello negli spazii subaracnoidei, donde il liquido trapassa nelle granulazioni del Pacchioni e nei seni. Se le pareti vasali sono inspessite e sclerotizzate, come nella paralisi progressiva, perdono l'attitudine a contrarsi regolarmente, onde avviene una stasi linfatica. Un aumento dell'attività cardiaca cerca di superare l'accresciuto ostacolo del sistema vasale, ma non vi riesce, ed infine il cervello sopraccarico di liquido linfatico esercita un energico stimolo su i suoi nervi vasali, e si produce così un attacco epilettico. Questa teoria, messa innanzi dal *Burkhardt*, presume a spiegazione degli attacchi paralitici l'insorgere di un crampo vasomotorio o di una condizione paretica; essa si attaglia a quei casi nei quali bruscamente scoppiano convulsioni generali con perdita di coscienza, e in cui parecchi giorni prima dell'attacco si può scorgere nel malato un nuovo contegno: molta irrequietezza, testa accesa, attività cardiaca aumentata. Va sottinteso che i descritti processi possono, in circostanze, compiersi in territorii limitati: allora le convulsioni non sogliono essere generali e possono lasciare intatta la coscienza.

In altri casi le convulsioni son prodotte dal progredire del processo patologico che giace a fondamento della paralisi, ed allora lo stimolo è puramente infiammatorio. A seconda dello stadio e dell'estensione dei processi flogistici, dobbiamo aspettarci una maggiore o minore diffusione degli spasmi convulsivi; questi ultimi, recidivando, affettano sempre in primo luogo la stessa regione muscolare e, ciò ch'è importante, si lasciano dietro, di regola, fatti di paralisi. Se il soggetto viene al tavolo anatomico, si osservano nella zona motrice atrofie circoscritte e intorbidamenti insuliformi della pia madre che, a strisce, concrescono con la superficie cerebrale. L'esame microscopico dimostra che il processo flogistico interstiziale ha preso piede prevalentemente in siffatti siti, cioè che i vasi, alla loro entrata nella sostanza corticale son circondati da guaine fitte e resistenti, che comprimono i vasi. Anche i ramuscoli presentano pareti inspessite, l'avventizia presenta una ricca proliferazione nucleare, in molti casi, con un particolare aspetto fibrillare: non mancano apoplessie capillari e trombosi dei piccoli vasi.

In altri casi l'autossia rileva processi di rammollimento nella

parte inferiore delle due circonvoluzioni rolandiche e nel piede della frontale inferiore ; sono suscettibili di una diagnosi topografica in vita e si rivelano, oltrecchè con sintomi d'irritazione, con fatti di paralisi localizzate e con afasia. Le effusioni sanguigne sottomeningee, gli ematomi della dura madre possono eziandio aver per effetto spasmi convulsivi.

A riguardo della genesi degli attacchi apoplettiformi, essa è da ricercare nelle oscillazioni di pressione cui in alto grado è esposto il cervello dei paralitici. Alle volte, nel maggior numero dei casi, il liquido cerebro-spinale è aumentato; altre volte esistono coaliti e concrescenze tra le meningi, ciò che non permette il libero scorrere del liquido. Basta un minimo squilibrio di pressione nel sistema vasale, come avviene, per es., dopo un pasto o nei bruschi cambiamenti di posizione, per ingenerare fatti di compressione.

Questi accessi non si distinguono per nulla dagli accessi apoplettifomi che sogliono osservarsi nell'atrofia senile e nei tumori cerebrali.

Andriani.

B. Ball. *De la folie consecutive au cholèra. La pazzia consecutiva al colera* (L'Encéphale. N. 1, 1885).

L'A. ricorda l'influenza delle affezioni dell'apparecchio digestivo sullo sviluppo della pazzia; ma mentre, egli scrive, il tifo, l'enterite e le lesioni croniche del tubo intestinale occupano un posto legittimo tra le cause delle malattie mentali, il colera non sembra che abbia attirato sotto questo riguardo l'attenzione degli alienisti. La importanza dei problemi che solleva il colera per l'igiene, la profilassi e la cura spiega perchè gli autori hanno poco rivolta la loro attenzione sulll'associazione della follia al colera. Per il silenzio su questo riguardo della latteratura contemporanea l'A. stima di qualche interesse i fatti clinici ch'egli riporta. In verità sono abbastanza scarsi, e solo il seguente è di sua propria osservazione.

Delirio violento manifestosi in un alcoolista, al sesto giorno di uno attacco di colera. L'infermo non aveva per lo innanzi sofferto disturbo mentale, e, se si tiene conto della evoluzione e

dell'andamento della malattia, si potrà dire che l'alcoolismo aveva preparato il terreno, ma che il colera era stato la causa determinante dell'accesso, il quale si prolungò per quindici giorni.

L'A. cita i pochi scrittori, i quali hanno considerato il colera come causa di malattia mentale; ma osserva ancora che vi è chi ha pubblicato qualche caso di guarigione del disturbo psichico in seguito di attacco colerico.

Gli accessi di pazzia prodotti dal colera presentano, nella più parte dei casi, la forma maniaca con eccitazione più o meno acuta; offrono una prognosi favorevole, ed in generale la guarigione non si fa lungamente attendere.

Non deve sorprendere questa influenza del colera sulle perturbazioni psichiche, e per la scossa che quella malattia dà all'intiero organismo, e pel legame che le affezioni gastro-enteriche hanno con le funzioni mentali. Bisognerebbe piuttosto stupirsi della scarsezza delle osservazioni di questo genere.

L'A. a questo punto riporta due osservazioni di *Mesnet* (1865) nella prima trattavasi di *delirium tremens* nel periodo di reazione del colera; nella seconda di delirio impulsivo e suicida nella convalescenza del colera.

Una quarta osservazione fu comunicata all'A. da Hanot: delirio mistico, manifestatosi cinque giorni dopo l'ingresso nell'ospedale in una donna nè isterica, nè alcolista per lo innanzi; che guarì due giorni dopo il suo sviluppo.

Una quinta osservazione l'A. la deve al Dott. Lacombe; delirio violento con eccitazione genitale intensissima consecutivo ad attacco colerico; neppure questo infermo, senza abitudini alcoliche, aveva per lo innanzi presentato il minimo disturbo delle facoltà mentali. Esso però prima di ammalarsi era triste per un'agguato di cui era stato vittima pochi giorni avanti. In lui, a differenza degli altri casi, il delirio, dopo essersi bruscamente manifestato, si mantenne per lungo tempo, e dovette essere rinchiuso nel manicomio.

I fatti osservati da *Mesnet* sembrano provare che i disturbi psichici dei colerici sieno legati a lesioni organiche.

L'A. conchiude raccomantando l'interessante soggetto all'attenzione dei suoi colleghi alienisti. Ed è giusto, perchè sinora la casuistica è troppo ristretta, e perciò lascia qualche dubbio;

se davvero il solo attacco colerico, senza altre cause predisponenti, possa dare origine ad una forma psicopatica.

G. Cantarano.

B. Ball. *Du délire aigu. Il delirio acuto.*
(L'Encéphale N. 2-1885).

L'istoria del delirio acuto fa naturalmente seguito a quella della mania e della eccitazione maniaca, ma ne differisce essenzialmente. La mania e l'eccitazione maniaca sono stati generali, il delirio acuto è malattia nettamente caratterizzata dai suoi sintomi, dal suo andamento e dalle lesioni, che spesso presenta; è anche esso una vera entità morbosa, ed ha con la mania acuta rapporti talmente intimi da essere stato con essa confuso dai primi osservatori.

Questo delirio è di moderna osservazione. Si erano descritti per lo innanzi degli stati gravi (frenite) terminanti con la morte, ma non si erano separati ad entità morbosa, sicchè i primi i quali considerarono il delirio a. in questa seconda maniera furono Calmeil e Baillarger, riguardandolo come una esagerazione della mania.

È incontestabile che il delirio acuto sia un'affezione, la quale non attacca che individui predisposti, perciò non si vede sviluppare bruscamente in un uomo in piena salute.

La più grave predisposizione viene dalla eredità; ma essa non è condizione indispensabile. Larga parte è riservata ancora alla miseria, ai dispiaceri, alle fatiche fisiche ed intellettuali.

Gli accessi alcoolici e venerei, le malattie acute, tifo, pneumonite, emorragie gravi, traumi sul capo, ed infine gli stati puerperali sono cause predisponenti le più comuni.

I folli sono in prima linea tra i predisposti; il delirio acuto insorge nei maniaci e nei melanconici; più spesso ancora nella follia circolare e nella paralisi generale.

L'evoluzione di questo delirio comprende tre stadii: periodo prodromale, stato di eccitazione, e stato di depressione.

Può scoppiare bruscamente, ma più spesso ha prodomi primo di tutti è l'insonnio, che si riscontra senza eccezione in tutt'i casi.

Quando attacca un'alienato esagera in esso i sintomi sia dal lato psichico, sia dal lato fisiologico. I maniaci si eccitano dippiù,

melancolici più si deprimono. E i primi come i secondi sono privati del sonno.

Se incoglie un'individuo sano di mente il decorso è più insidioso, comincia con una specie di confusione dei pensieri. L'infermo prova un disturbo confuso che gl'impedisce di pensare e di agire, ha dolore di testa, vertigine, ed una sensazione singolare di pienezza, la quale gli fa credere che la sua testa scoppii, è accasciato da una sensazione generale di tristezza e di presentimento di grave sventura.

Sin qui l'individuo ha coscienza del suo stato, ma poco a poco la ragione viene a mancare, le allucinazioni sopravvengono, idee insensate invadono lo spirito dello infermo, egli diviene taciturno. ed ha monologhi incessanti.

La perdita dell'appetito ed un dimagramento rapido segnano la fine di questo periodo.

Da ultimo il delirio scoppia. Esso può offrire più frequentemente la forma maniaca, e la forma melancolica. Esiste anche una forma mista.

L'A. descrive solo la prima forma.

L'infermo preso da furore insensato, grida, rompe, si percuote contro le mura, sputa su gli oggetti che l'attorniano. Discorre incoerentemente, ma con accenno spesso alle sue preoccupazioni ordinarie, alle sue abitudini professionali. Ciò che più spicca è uno stato di terrore insensato.

Qualche volta l'infermo prova sensazioni piacevoli.

I disturbi fisici del delirio acuto non sono meno accentuati, ve n'è uno che per la sua importanza domina tutta la scena: la febbre con elevazione di temperatura fino a 41 ed anche oltre. È un fatto capitale, poichè la follia, secondo la definizione d'Esquirol, è una malattia senza febbre. I maniaci più violenti non presentano aumento di temperatura. Il delirio adunque è una malattia a parte, nel quadro delle frenopatie. Si nota pure in esso la frequenza del polso, 140, ma non è fatto costante, potendo il numero delle pulsazioni discendere sotto la norma.

Altri fenomeni che sembrano caratterizzare uno stato tifoide si manifestano: lingua fuliginosa, alito fetido, diarrea; in queste condizioni la morte può sopravvenire dal terzo al quinto giorno.

Sintoma rimarchevole del delirio a. è l'esagerazione dei riflessi.

Il minimo eccitamento può determinare accessi convulsivi, l'applicazione della sonda esofagea può portare accidenti mortali; anche i tendinei sono esagerati.

Se la vita si prolunga l'infermo cade in adinamia, sopravvengono paralisi, e congestioni viscerali, a preferenza nei polmoni.

Se l'ammalato dovrà andare a guarigione, ciò che può avvenire in circa il quarto dei casi, si osservano dapprima delle remissioni, si calma l'agitazione, il sonno ritorna, ed a capo di qualche settimana l'infermo si ristabilisce.

Le lesioni anatomiche ora sono nettamente caratterizzate, ora non sono sufficienti per la spiega del dramma psicologico, nel primo caso sono le note delle congestioni ed infiammazioni meningo-encefaliche.

Vi sono autori che considerano il delirio acuto come malattia infettiva, in esso hanno trovato microrganismi nelle urine e nel sangue.

La diagnosi tra il delirio a. ed il tifo spesso non si può fare che al tavolo anatomico, essa, quando è possibile in vita, deve poggiarsi sulla evoluzione della malattia, sulla curva termica, e sugli antecedenti del soggetto. Tra il delirio a. e la manìa, la diagnosi poggia sull'assenza della febbre e sulla durata diversa delle due malattie. Dal cominciamento della paralisi generale, quando esiste una agitazione prolungata, il delirio a. si distingue per la non congestione del viso, per la quantità delle allucinazioni e per l'assenza del carattere illogico e puerile del delirio. Più difficile è il diagnosticarlo dal *delirium tremens* febbrile, e bisogna far capo per questo dal tremore caratteristico e dalla predominanza quasi esclusiva delle allucinazioni visive negli alcolici.

La prognosi è grave.

La cura sintomatica. *G. Cantarano.*

A. Bettecourt-Rodrigues. – *De l'état des reflexes chez les paralytiques généraux — Lo stato dei riflessi nella paralisi generale.* — (L'Encéphale. N. 2. 1885).

Non solo dal punto di vista clinico e nosologico, ma pure per l'anatomia patologica i riflessi, specie i tendinei, hanno richiamata l'attenzione.

*

Premesso questo, l'A. enumera le diverse condizioni nelle quali è necessario lo studio dei riflessi, e viene a parlare dello stato di questi nella paralisi progressiva.

Se essa si complica a degenerazione dei cordoni posteriori si avrà abolizione o diminuzione considerevole dei riflessi tendinei.

Per lo contrario la degenerazione dei cordoni antero laterali e del fascio piramidale darà la esagerazione dei riflessi stessi.

Prima di esporre i suoi studî sull'apparente contraddizione dello stato dei riflessi tendinei nella paralisi generale, l'A. si ferma sui lavori di coloro che si occuparono di questo soggetto.

Egli ha fatto le sue ricerche sopra 68 infermi. Di questi 43 mostrarono la esagerazione del riflesso rotuleo, ed in due dei 43 si poteva anche provocare il fenomeno della trepidazione spinale.

In 11 i r. rotulei erano aboliti, però in 2 di essi la malattia era cominciata con i fenomeni speciali dell'atassia. Il resto dei 68 malati aveva riflessi normali.

Quanto alla forma delirante, la espansiva era più frequente accompagnata dalla esagerazione dei riflessi.

Con la frequenza relativa della esagerazione dei r. tendinei si accompagna in un buon numero di casi l'abolizione completa dei r. cutanei, e specialmente del plantare.

Questo fatto richiamò l'attenzione dell'A. che fece perciò altre osservazioni. Sopra gli stessi 68 infermi constatò 22 volte l'abolizione completa del riflesso plantare, delle 22, in 16 si notarono i r. rotulei esagerati, in 4 normali, in 2 mancavano tanto i tendinei che i plantari.

A questo punto l'A. si domanda qual'è l'importanza clinica dei fatti da lui segnalati. Ricorda gli autori che indicano come sintoma di una lesione degli emisferi la perdita dei r. cutanei, e soggiunge che non è assolutamente indispensabile per la esagerazione dei r. tendinei che vi sia una lesione più o meno estesa del fascio piramidale nel suo tragitto midollare. Ricorda l'opinione di Bianchi: che la esagerazione dei r. tendinei può trovarsi sotto la dipendenza esclusiva di una lesione cerebrale, senza propagazione al tessuto delle midolla. E crede che, se si constatasse nel principio della paralisi generale le esagerazioni dei r. tendinei con la perdita o diminuzione dei r. cutanei, si ridurrebbero considerevolmente le difficoltà diagnostiche.

Sicchè nei casi di paralisi generale incipiente, dove non v'erano sintomi di lesione spinale, sebbene fossero pochi i casi raccolti dall'A., egli crede che quale sintoma si debba avere la esagerazione dei r. tendinei e l'abolizione dei r. plantari.

G. Cantarano.

C. Lombroso. — *Identità dell'epilessia colla pazzia morale e delinquenza congenita.* (Archivio di Psichiatria ecc. vol. VI, fasc. I-II, 1885).

È uno studio accuratissimo di confronto che il Prof. Lombroso ha intrapreso, analizzando tutti i caratteri comuni all'epilessia, pazzia morale e delinquenza congenita.

Considera dapprima la statura ed il peso negl'individui affetti da questi stati psichici, e vi trova dei dati di somiglianza, come pure somigliano per le frequenti anomalie craniche, le lesioni meningee, per la sclerosi cranica, per le voluminose mascelle e i zigomi, e per l'esistenza della fossetta occipitale mediana.

Simile analogia riscontrasi per la capacità del cranio, con media un po' al di sotto di quella generale dei pazzi.

Nella fisonomia prevalgono anche negli epilettici gli stessi segni degenerativi dei criminali nati, a conferma della parentela delle due forme.

Importante è anche l'altro fatto della ottusità tattile col mancinismo sensorio, il quale assume proporzioni doppie del normale, con restringimento del campo visivo e frequente acromatopsia pel rosso. Pel mancinismo la proporzione, sebbene non pari a quelle dei criminali, pure è superiore alla norma come anche è superiore a questa l'agilità tra gli epilettici.

I riflessi tendinei più frequentemente esagerati, e solo raramente normali, si trovavano e negli epilettici criminali, e nei delinquenti.

La temperatura media del corpo è l'istessa nei pazzi morali e negli epilettici.

Soprattutto nelle funzioni psichiche si dimostra la identità. Solo gli epilettici come i pazzi morali possono abbracciare un divario intellettuale enorme, che va dal genio alla imbecillità, con predominio però di questa. Molti genî epilettici forse non

furono completamente sani di mente, ed i loro non rari discendenti criminali e pazzi confermano questo concetto. L'ingegno dell'epilettico, anche non imbecille, pel solo fatto della frequente pigrizia, o del contrasto dell'indolenza abituale con l'eccesso nelle male opere, è simile all'ingegno dal reo nato. Gli accessi maniaci istantanei ed intermittenti, facili a scoppiare per lieve causa specialmente nell'ira, sono frequenti anche nei pazzi morali e nei carcerati. Così si spiegano ancora le impulsioni irresistibili di cui sono autori e vittime tanti pazzi morali, che, come gli epilettici ed i delinquenti, si sentono spinti irresistibilmente ad azioni malefiche.

Non mancano casi in cui l'impulso, o l'atto criminoso, del pazzo morale è preceduto come nell'epilettico da un aura motoria.

L'amnesia è meno frequente nei pazzi morali che negli epilettici, però bisogna considerare che in questi è frequente non necessario carattere, ed in quelli, specialmente l'amnesia delle azioni, si nota più spesso.

Massima è l'analogia, anzi l'identità nei fenomeni del tono sentimentale. Così gli epilettici come i pazzi morali sono facili all'ira, sospettosi, litigiosi, non amanti di alcuno, pusillanimi ed infingardi; salvo a divenire di un tratto religiosi ed ossequenti.

Nei casi più spiccati di delinquenti nati, l'A. ha notato che l'epilessia si confondeva frequentemente con la tendenza a delinquere; ne cita diversi esempii. La preporzione degli epilettici nel carcere è del 5 °/₀; molto maggiore di quella tra epilettici e gente onesta. Dalla statistica si rileva ancora che le regioni dove più è facile riscontrare l'epilessia sono quelle dove si lamenta l'omicidio.

L'A. con una ipotesi ben fondata considèra, che, se si analizzano i fenomeni oftalmici, estesiometrici, fisionomici dell'epilettico fuor degli accessi si vedrà ch'essi sono la riproduzione meno accentuata, ma continuata dello stato acuto degli accessi. Se si considerano allo istesso modo i fenomeni psichici degli epilettici, prolungantisi indefinitamente, si avrà il delinquente nato o il pazzo morale. Sono queste le prove che l'una affezione non esclude l'altra, ma ne spiega e ne aggrava i fenomeni. E quando si aggiunga che vi ha epilessia con rare convulsioni o senza, o con semplici vertigini, o con mal di capo alternati da brevi per-

dite di memoria o di coscienza, e che spesso questa malattia, restata sconosciuta per molto tempo, si palesa con chiarezza nei delinquenti, o si può dimostrare esistita molti anni prima del delitto, allora la identità tra i due stati si fa ancora più palese.

È anche degna di considerazione la frequenza maggiore nell'età giovanile della epilessia e della delinquenza; e tra le altre cause dell'una e dell'altra se ne trovano delle comuni nell'alcoolismo, nel trauma, nella meningite, nelle malattie esantematiche. Continuando sulla etiologia è degno di essere rilevato il fatto dei non rari casi di pazzi morali e di rei discendenti da genitori epilettici, e la frequente derivazione dell'epilessia, così come del pazzo morale, dall'isteria, dalle nevrosi dei parenti, dall'alcoolismo.

L'ultima pruova addotta in sostegno della idendità l'A. la ricava dalla natura della epilessia dimostrata sperimentalmente, e, poichè i fenomeni epilettici hanno punto di partenza dalla corteccia, così può considerarsi che, come l'epilessia parziale è una scarica limitata al centro motorio semplice, e l'aura sensoria il risultato dell'eccitamento dei centri sensorii, la perdita della coscienza, l'impulso criminoso, che a questa si può sostituire, sia la scarica dei centri psichici più elevati dei lobi anteriori.

Premesse tutte le argomentazioni, le quali assimilano la epilessia con la delinquenza e la pazzia morale, l'A. prima di conchiudere il suo lavoro, non tralascia di studiare le differenze, che esistono, poichè egli non intende dire che la pazzia morale sia una epilessia comune, nè che tutte le epilessie siano pazzie morali,

« L'epilessia è una forma che andò sempre più estendendosi « e includendo una grande quota di altre prima poco studiate. « così si ebbe l'epilessia absintica, alcoolica, la tossica, la isteria, la vertiginosa, la larvata, che sarebbe poi null'altro che « la forma acuta della pazzia morale, e della delinquenza congenita ».

« La varietà criminale, a sua volta, mentre per tante diramazioni si avvicina e somiglia alla comune epilessia » offre poi delle differenze nella meno frequenza delle ossa vormiane e della microcefalia frontale.

Il vero epilettico, dopo gli accessi, mostra più frequente aumento termico, ma « il carattere differenziale sta, poi, special-

« mente nell'esagerazione delle linee; come la pazzia morale si « fonde colla delinquenza congenita, solo differendone in ciò ch'è « una esagerazione dei suoi caratteri, così il delinquente epilet- « tico propriamente detto, che continua cronicamente le ferocie « degli accessi acuti o larvati, oltre l'esagerazione della pazzia « morale; ma nello stadio meno pronunziato esse si fondono in- « sieme; e siccome due cose uguali ad una terza sono eguali tra « di loro, così è certo che la delinquenza nata e la pazzia morale « non sono che forme speciali di epilessia ».

Dai concetti suesposti si vede chiaro, che anche le differenze, che l'A. riconosce, non sono poi essenziali.

L'A. conchiude la sua minuta analisi con le interessanti considerazioni, sull'atavismo nelle tre forme studiate e paragonate, e perdita più facile dei sentimenti morali e degl'istinti sociali, che non della intelligenza, nelle malattie mentali e soprattutto nella epilessia. Ciò che poi forma il carattere predominante della pazzia morale.

Il lavoro ha una tavola con 50 ritratti in fototipia.

Il mondo scientifico medico-legale dovrà essere ora maggiormente grato al Prof. Lombroso, che, coordinando i concetti sparsi ed aggiungendovene molti suoi originali, ha saputo sciogliere, in buona parte, due problemi, che finora avevano invano agitata la mente di sommi alienisti e sociologhi: la natura del delitto e quella della pazzia morale. *G. Cantarano*

TERAPIA

I. **Mercer.** — *On osmic acid in sciatica.* — *L'acido osmico nella sciatica.* — London medical record; Marzo 1885.

II. **Marshall.** — *On chorea treated with hydrobromic acid.* (*Cura della corea con l' acido bromidrico*); London medical recoxd; Aprile, 1885.

III. **Eulenburg.** — *Sull'etiologia e la cura della tabe dorsale.* — Virchow's Archiv; Gennaio 1885 e London medical record; Maggio, 1885.

IV. **Larrea y Quezada.** — *On « Simulo » in the treatment of epilepsy.* (*Il « simulo » nella cura dell' epilessia*). — London medical record; Ivi.

V. — *Therapeutic value of mechanical nervous irritation* (*Valore terapeutico dell'irritazione meccanica dei nervi*). — Alienist and Neurologist; Aprile 1885.

VI. **Bernhardt.** — *Stretching the facial nerve* (*Stiramento del nervo facciale*). — Alienist and Neurologist; Ivi.

VII. **Benedikt** — *Bilateral blepharospasm and tic convulsif* (blefarospasmo bilaterale e tic convulsivo); Ivi.

VIII. **Charcot.** — *L'isolamento nella cura dell'isterismo*. Progrés Medical; Gennaio e Febbraio, 1885.

IX. **De Watteville.** — *Electricity in Mental Disease* (*L'elettricità nelle malattie mentali*). — Journal of Mental Science e Alienist and Neurologist, Aprile, 1885.

X. **Nasse.** — *Ueber subcutane Eisenanwendung in Psychosen* (*Sull'uso sottocutaneo del ferro nelle psicosi*). — Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie; 41 Vol. 4.° e 5.° Heft; 1885.

*
* *

I. — L' Autore afferma di aver trovato molto giovevoli in alcuni casi di *sciatica* le iniezioni ipodermiche di *acido osmico*. Ha avuto occasione di sottoporre a questo modo di trattamento 18 ammalati che non avevano ricavato verun benefizio dagli altri metodi comuni di cura. L'età di questi ammalati variava dai 18 ai 65 anni. Dodici di essi ottennero un miglioramento durevole per uno spazio di 40 settimane, a capo delle quali abbandonarono l'ospedale e furon perduti di vista. In sei casi si ottenne soltanto un miglioramento temporaneo. Venne adoperata una soluzione all'uno per cento, iniettandone da tre a cinque minimi (.....) profondamente sul nervo sciatico, in un punto medio tra la tuberosità ischiatica e il gran trocantere. La iniezione non produce nocumento all'economia generale, e localmente non si avverte altro che un senso di torpore che subito svanisce.

*
* *

II. — In due casi di *corea* è stato adoperato con successo l'*acido bromidrico*. Nel primo caso si trattava di una fanciulla di 10 anni, nella quale non era riuscito il comune trattamento col ferro

e l'arsenico. Si fe' ricorso all'acido bromidrico nella dose di trenta minimi, tre volte al giorno, e la guarigione fu ottenuta rapidamente. Nel secondo caso si trattava pure di una fanciulla, nella quale il male si presentava in una forma molto accentuata. Il rimedio fu apprestato alla dose di quaranta minimi, tre volte al giorno, e in tre giorni il miglioramento fu notevole. A capo di tre settimane la cura era quasi completa, quando si volle interromperla per riprendere l'uso dell'arsenico. L'ammalata si trovò subito peggiorata, tanto che un giorno si lasciò cadere nel fuoco. Con tutto ciò il liquore arsenicale fu continuato, ma senza risultato, finchè, ripigliando l'acido idrobromico, a capo di due giorni ne risentì gran beneficio e la guarigione non si fece attendere.

*
* *

III. — Il Prof. *Eulenburg*, volendo meglio chiarire i rapporti che corrono tra l'infezione sifilitica e la tabe dorsale, specialmente dopo le note osservazioni pubblicate dall'Erb nel 1879, ha raccolto, sotto questo punto di vista, 125 osservazioni proprie, nelle quali son comprese soltanto quelle in cui, oltre agli altri sintomi, esisteva abolizione permanente del riflesso rotuleo. Di queste 125 osservazioni, 91 appartengono alla pratica privata e 34 a quella ospedaliera. Relativamente al sesso vi erano 106 uomini e 19 donne (17 maritate e 2 celibi). L'età in cui sembra sia cominciata la malattia era la seguente: al di sotto dei venti anni, 9 casi; tra venti e trent'anni, 24 casi; tra trenta e quarant'anni, 53 casi; tra quaranta e cinquant'anni, 37 casi; tra cinquanta e sessant'anni, 11 casi. Relativamente alla sifilide, in 67 fra i 106 uomini non vi era alcun segno evidente di questa malattia, quantunque già sofferta in passato; mentre negli altri 39 casi, 28 volte si era avuta un'ulcera dura seguita da sifilide costituzionale, e nei rimanenti vi era stata semplice affezione venerea (probabilmente ulcere molli) senza manifestazioni generali. Nei 28 casi di indubbia sifilide l'intervallo tra l'introduzione del contagio ed i primi sintomi della tabe era stato di uno a due anni in un caso; di due anni in un'altro caso; di tre anni in cinque casi; di quattro anni in un caso; di cinque anni

in due casi; di sei anni in tre casi; di sette, otto e nove anni in un caso rispettivamente; di dieci anni in due casi; di undici anni in un caso; di dodici anni in due casi; di quattordici, sedici e diciotto anni in un caso rispettivamente, di diciannove anni in due casi; di ventidue e ventitre anni nei rimanenti due casi. Quanto alle donne, soltanto in una di esse fu dimostrato ch'era esistita sifilide.

A riguardo delle altre cause, diverse dalla sifilide, fu accertato che in 15 casi vi era manifesta eredità nevropatica. Le influenze atmosferiche, da sole o in combinazione con eccessivi sforzi corporei, furono incriminate in 48 casi. Gli sforzi intellettuali figurano in 16 casi; i traumi in 6 casi; le deformità della colonna vertebrale in quattro casi. In cinque casi furono assegnate come cause affezioni acute (il tifo quattro volte e la dissenteria una volta); debolezza generale ed esaurimento, prodotti da varii disordini locali e generali, figurano, da soli o in combinazione con altre cause, 13 volte; in 3 casi (uomini) alla comparsa della tabe erano preceduti eccessi di Bacco e Venere. Di tutti i 125 casi, soltanto due andarono a guarigione; entrambi i malati erano sifilitici. In un caso valse il trattamento specifico; nell'altro, fallita la cura specifica, si riuscì con le iniezioni di stricnina, con l'elettricità e con la borsa spinale di Chapman.

Quando l'A. aveva già compiuta la precedente statistica, ebbe occasione di osservare altri tre casi di tabe in donne che senza dubbio avevano sofferto sifilide.

Dalle sue osservazioni si crede autorizzato alle seguenti conclusioni:

1.° Esiste un'alta proporzione percentuale di tabici che hanno sofferto sifilide: questa percentuale è molto più alta di quello che si ammetteva fino a pochi anni fa.

2.° L'esatto rapporto della sifilide con la tabe è incerto. Probabilmente nel maggior numero dei casi la sifilide agisce come una causa predisponente di natura debilitante, al pari di molte altre cause (come l'eredità, le affezioni mentali ecc.); ma forse in certe congiunture la sifilide è la causa diretta della tabe.

3.° Comunque sia, la sifilide difficilmente può considerarsi come la più frequente e più importante causa della tabe.

4.° I casi in cui la tabe è preceduta dalla sifilide non pre-

sentano alcun sintomo costante e caratteristico, nè alcuna peculiarità nel loro corso per cui possano essere distinti dagli altri (non sifilitici).

5.° Anche a riguardo della prognosi e della cura, non vi ha alcuna distinzione chiara e caratteristica fra i due gruppi di casi. I casi prodotti da sifilide possono in certe circostanze venir migliorati, e talvolta portati a guarigione, tanto col trattamento specifico, quanto senza di esso; imperocchè, per regola, siffatto modo di trattamento riesce o di nessun vantaggio o di momentaneo beneficio.

6.° Lo studio dell'etiologia e della patogenesi della tabe in rapporto alla sifilide, già rilevante negli ultimi anni. non è giunto ancora ad una definitiva soluzione della questione, e, a giudizio dell'Autore, la relativa discussione non ha condotto a nessun pratico risultato rispetto al migliore trattamento della tabe.

*
* *

IV. — Per la cura dell'*epilessia* l'A. raccomanda un rimedio indiano, « *il simulo* » ch'è il frutto della *Capparis coriacea*, una pianta indigena del Perù. È pure usata contro l'epilessia una conserva chiamata « *Melocharn* » preparata da una pianta appartenente allo stesso ordine naturale. Del *simulo* polverato si mescolano 45 grammi con 500 grammi di vino dolce, e di questo infuso se deve prendere un bicchiere da vino, mattina e sera. L'A. ne ha fatto felice esperimento su di se stesso che, all'età di 13 anni, andava soggetto a frequenti attacchi di *morbus sacer*. In seguito ha adoperato con vantaggio nella sua pratica lo stesso rimedio in casi di epilessia, di isterismo e di altre affezioni nervose.

*
* *

V. — Un espediente di un valore terapeutico non disprezzabile è la *compressione digitale dei tronchi nervosi*. Nel crampo professionale, nell'asma bronchiale, in certi casi di atassia locomotrice e di tic doloroso, la compressione si è mostrata di gran valore. La compressione del plesso brachiale può essere ese-

guita stringendo colle dita il braccio nella regione ascellare. Il plesso sacrale può esser raggiunto allo stesso modo, collocando il paziente nella posizione semi-supina, con l'estremità inferiori semiflesse, e premendo fortemente nel cavo pelvico. Il plesso solare può esser raggiunto con la pressione tra l'appendice ensiforme e l'ombelico. Si è sperimentato che l'irritazione quotidiana del nervo sciatico e crurale riesce di gran beneficio contro i dolori folgoranti dell'atassia. È da pensare che probabilmente son da riferire allo stesso principio i benefici affetti che qualche volta conta il massaggio.

*
* *

VI. — Relativamente al valore terapeutico dello *stiramento del nervo facciale* nei casi di tic convulsivo, il *Prof. Bernhardt* non ha opinione molto ottimista. Ad un sarto di 24 anni, che da oltre quattro anni soffriva di spasmo facciale del lato destro, fu praticato lo stiramento, dopo che tutti gli altri rimedi erano falliti. Riesaminato tre settimane dopo l'operazione, si trovò una paralisi di tutti i rami del facciale a destra, con reazione degenerativa. Appena ripristinata la funzione motrice, anche lo spasmo si ripristinò. Fra i 17 casi di stiramento del nervo facciale, conosciuti in letteratura, una sola volta si è ottenuto un pieno successo; due volte l'esito fu ignoto; quattro volte si ottenne un semplice miglioramento e dieci volte insuccesso. Per conseguenza lo stiramento del nervo facciale nel tic convulsivo è d'un efficacia soltanto transitoria.

*
* *

VII. — Il *Prof. Benedikt* ha potuto condurre a guarigione, coll'uso dell'*elettricità statica*, un caso ostinato di *blefarospasmo bilaterale* con tic convulsivo che durava da due anni ed avea resistito a tutt'i mezzi di cura, non esclusa l'elettricità faradica e galvanica. Già la prima applicazione si mostrò efficace e dopo la terza lo spasmo era interamente scomparso. Il caso era complicato da un grave spasmo tonico clonico dei muscoli massateri, il quale aveva reso necessaria l'interposizione di pezzi di gomma elastica fra le arcate dentarie.

*
* *

VIII. — La favorevole influenza dell'*isolamento* nella cura di certe malattie nervòse, non qualificate come alienazione mentale, e particolarmente nella cura della nevrastenia e di certe forme d'isterismo, é messa in luce in tre casi clinici studiati dal *Prof. Charcot*, e che noi qui vogliamo in breve riferire. Si tratta di una piccola epidemia d' isterismo, sviluppata in tre membri di una stessa famiglia, tre fratelli, sotto l'influenza di pratiche spiritistiche. Si sa quale perniciosa influenza esercitano le pratiche superstiziose sulle persone predisposte. E appunto i tre soggetti in parola appartenevano ad una famiglia nella quale era ereditario il nervosismo e la diatesi artritica.

La prima degli attaccati, una fanciulla di tredici anni e mezzo, presenta al suo arrivo alla *Salpêtriére* il seguente quadro morboso, che durava da circa due mesi. Nel corso del giorno è presa d'improvviso o dietro un'aura brevissima e molto variabile, da attacchi convulsivi (una trentina) caratterizzati da opistotono, estensione forzata delle braccia, mani in pronazione, dita fortemente flesse. Indi accenni di arco di cerchio, sopratutto unilaterale, cui segue la fase clonica con capitomboli innanzi e indietro. Durante l'attacco l'ammalata emette suoni confusi, ride, non parla. Un'attacco intero, composto di una serie di accessi analoghi a quello testè descritto, può durare da tre quarti d'ora ad un'ora e mezzo. Si può arrestare o provocare un attacco premendo su qualcuno dei punti isterogeni esistenti. L' ammalata infatti possiede delle stimate isteriche permanenti, quantunque non abbia nè anestesia cutanea, nè ovaria. Queste zone isterogene son situate parallelamente dai due lati sulle mammelle, i fianchi, i polpacci, i malleoli interni e la parte interna dell'articolazione del gomito destro. L'esame perimetrico dimostra a destra un restringimento del campo visivo, e dippiù non solamente il cerchio del rosso è situato in fuori di quello del bleu, ma oltrepassa ancora infuori quello della luce bianca. A sinistra si notano gli stessi fenomeni, ma meno accentuati. Gli altri sensi speciali sono intatti.

Il secondo infermo, un fanciullo di 11 anni, presenta nel corso

della giornata, da uno a cinque attacchi, alcuni dei quali durano fino a due ore. Essi ricordano la serie dei fenomeni che s'incontrano nel piccolo e nel grande isterismo. La prima specie è rappresentata da una contrattura dei due orbicolari delle palpebre, della durata di 3 a 5 minuti, senza perdita di coscienza; ovvero accade che il fanciullo batte col pugno o col piede, pronunzia delle parole incoerenti e tutto finisce lì. Ma più spesso si hanno i fenomeni del grande isterismo: rigidezza degli arti superiori e inferiori, chiusura degli occhi, accenni di arco di cerchio. Indi l'ammalato si gitta al suolo, striscia sul ventre, grida all'assassino, combatte contro esseri immaginarii. Se gli si stringe la mano sinistra tenuta distesa, l'attacco si sospende, ma non può essere provocato allo stesso modo.

Esistono delle zone di anestesia che comprendono tutta la faccia e, qualche volta, la sola regione mediana della fronte e del naso. Il resto del tegumento esterno è ipersensibile. Tutti i sensi speciali sono affetti: vi è abolizione completa del gusto e dell'olfatto; il condotto auditivo esterno è insensibile e l'udito è ottuso. Nell'occhio sinistro si riscontrano le stesse note che si presentavano a destra nel caso precedente. Nell'occhio destro il restringimento è meno pronunziato e non vi è trasposizione dei colori.

Il terzo ammalato è un fanciullo a 12 anni, che già da molto tempo soffriva di tic facciale ed era molto anemico. Il suo male attuale è di poco conto ed è costituito da uno a quattro o cinque attacchi convulsivi che s'iniziano con l'esagerazione dei tic abituali e con profferire alcune parole incoerenti. Alcune volte, a questi fenomeni succede rigidezza di tutto il corpo, accenno di arco di cerchio, corsa all'impazzata, vaniloquio, minacce ecc., con che l'attacco si delequa. Non vi sono in lui stimate permanenti.

In queste condizioni i sudetti tre infermi furono ammessi alla *Salpêtrière*, con che fu reso possibile: 1.° L'allontamento dei malati dal luogo in cui la loro malattia si era manifestata; 2.° la separazione dal padre e dalla madre, divenuti essi stessi molto nervosi, e la cui presenza doveva riuscire di ostacolo ad un serio trattamento: 3.° la separazione rispettiva dei tre fanciulli.

Come cura medica propriamente detta fu messa in opera l'elettricità statica, l'idroterapia metodica, gli amari e i ferruginosi.

Il Prof. Charcot non raccomanda in questi casi l'uso dei bromuri, i quali, se per un lato sogliono riuscire efficaci nell'epilessia, dall'altro non dimostrano nessuna reale influenza contro l'isterismo semplice e nell'istero-epilessia.

A capo di sei settimane di cura il più giovane dei fratelli si poteva considerare guarito. Non aveva più crisi da quindici giorni e, contrariamente a quello che in passato si verificava, poteva incontrarsi impunemente con gli altri fratelli e coi genitori, senza che fosse preso da convulsioni. Erano del tutto scomparse le stimate isteriche della faccia e con esse i disordini sensitivi dell'occhio, dell'olfatto, del gusto e dell'udito.

L'altro fratello, nello stesso periodo di tempo, aveva ottenuto un notevole miglioramento. Negli ultimi quindici giorni non aveva avuto che due piccole vertigini in forma epilettica, una delle quali all'occasione di una visita ai genitori. Il suo stato generale era di molto migliorato.

Quanto alla sorella, la più malata di tutti, le sue crisi non si ripetevano che due o tre volte per settimana, si erano fatte molto meno violente e non duravano più di un quarto di ora.

Le zone isterogene delle due mammelle, dei polpacci, dei malleoli esterni e del gomito destro erano scomparse; e non rimanevano più che alcune placche di anestesia disseminate a sinistra. Era del pari scomparsa da dieci giorni ogni traccia di ambliopia isterica. La fanciulla finì per guarire dopo poche altre settimane.

*
* *

IX. — Ecco le conclusioni a cui è giunto il *De Watteville* relativamente all'influenza terapeutica dell'*elettricità nelle malattie mentali*. 1.° L'elettricità promuove l'equilibrio dell'innervazione cerebrale, agendo direttamente sulla nutrizione dei centri che si trovano in istato di debolezza funzionale o organica. Ciò si ottiene a mezzo di azioni molecolari, vasomotorie o altre, provocate dalla galvanizzazione diretta del capo e del collo. — 2.° La galvanizzazione spinale e la faradizzazione generale può essere impiegata per risvegliare l'innervazione periferica e spinale

e per ristabilire indirettamente il loro necessario equilibrio. — 3.° Quando i disordini cerebrali van congiunti a disordini dei visceri addominali o pelvici (parestesia e torpore viscerale ecc.) giova a correggere o a mitigare questi ultimi l'applicazione dell'una o dell'altra corrente o meglio la galvano-faradizzazione. Il valore dell'elettricità nelle nevrosi viscerali è tanto grande per quanto sconosciuto. — 4.° L'elettricità giova ad alleviare certi sintomi conformemente alle regole stabilite nei trattati comuni. La faradizzazione è infatti un buon tonico ed eccitante della nutrizione generale. In altri casi l'elettricità agisce come un sonnifero.

*
* *

X. — Partendo dal fatto che molti casi di alienazione mentale hanno per fondamento uno stato anemico generale, il *Nasse* si è giovato delle iniezioni ipodermiche di preparati ferrici nei casi di questo genere. I preparati comunemente scelti per uso ipodermico sono: il pirofosfato di ferro con citrato di ammonio, l'ossido di ferro dializzato, il fosfato di ferro con citrato di soda e l'albuminato di ferro.

Il pirofosfato di ferro ha dato buoni risultati nelle mani di *Huguenin* nei casi di anemia perniciosa. Nelle mani del *Neuss* il rimedio, in un terzo dei casi, dette luogo a fenomeni d'irritazione locale. Anche nelle mani dell'A. si ebbero a constatare, in casi di malinconia, rilevanti fenomeni infiammatorii con formazione di ascessi. Aggiungasi che la soluzione acquosa adoperata non si può conservare a lungo.

L'ossido di ferro dializzato raccomandato dal *La Costa*, ha dato parimenti luogo a fatti flogistici locali nelle mani di *Neuss* e dell'A. Lo stesso deve dirsi del fosfato di ferro con citrato di soda in soluzioni acquose di 1 : 5, ciascuna siringa contenendo 0,04 di ferro.

Il Goldmann si è servito di una miscela di pirofosfato di ferro (8 parti) con albumina (4 parti) ed acqua (12 parti) con buon successo in due casi. Queste soluzioni si possono adoperare a condizione che siano molto sature di albumina, altrimenti l'albuminato metallico a contatto di liquidi albuminosi dà luogo a preci-

pitati. Questo albuminato si trasforma in una modificazione insolubile, sì tosto che si tenta di renderlo conservabile col dissecarlo a lento calore. Anche il *Drees* ha indicato un processo per preparare soluzioni di albuminato di ferro inalterabili. Queste soluzioni hanno fatto buona prova per la via dello stomaco e *l'Eulenburg* le raccomanda pure per la via ipodermica.

L'A. dà la preferenza ad un peptone ferrico dializzato preparato, a sua richiesta, dal Finzelberg, Direttore della *Fabbrica di prodotti chimici ad Actine in Berlino*. Questo preparato ha il vantaggio di potersi conservare allo stato secco. Si presenta sotto l'aspetto di una polvere rosso bruna, facilmente solubile nell'acqua e che può esser bollita nell'acqua senza che vada soggetta a scomposizione. È conosciuto nella Farmacopea col nome di *ossido di ferro solubile per iniezione* di Finzelberg. Contiene il 25 per cento di ossido di ferro. Si adopera facendolo sciogliere a caldo in 10 parti di acqua e filtrando la soluzione. Una siringa da un grammo contiene 0.10 di peptonato di ferro e rispettivamente 0.025 di orsido di ferro. La soluzione dev'essere conservata in luogo fresco, rinnovandola ogni volta che si trova intorbidata.

Di questo rimedio si è servito l'A., adoperandolo due volte al giorno io iniezioni ipodermiche, in casi di grave lipemania con forte anemia. Le rispettive cure son durate da due a sei mesi senza interruzione. In generale non ha mai osservato fenomeni d'irritazione locale o altri segni d'intolleranza. Nel maggior numero dei casi i buoni effetti del rimedio apparivano subito dal colorito delle mucose, dal rialzamento del polso e dal notevole immegliamento: molti dei suoi malati andarono in guarigione; altri si trovavano in cura al tempo della presente comunicazione. L'A. promette di ritornare sull'argomento.

G. Andriani.

Atherton. — *Nerve-stretching for sciatica — Lo stiramento dei nervi nella sciatica.* The Canadian practitioner; n.° 1, 1885.

Trattasi di un uomo di 40 anni, ridotto a notevole grado di dimagramento e impossibilitato a camminare senza l'aiuto di un bastone in conseguenza di una nevralgia dello sciatico sinistro,

la quale ad accessi lo tormentava da 18 mesi. Un'altro attacco di parecchi mesi di durata lo aveva sofferto sette anni innanzi. L'uso della morfina riusciva oramai impossibile perchè produceva nausea e vomito. L'arto affetto era considerevolmente assottigliato. Il punto del maggior dolore era all'uscita del nervo, attraverso il grande forame sciatico, e di là s'irradiava in alto verso la pelvi e in basso verso la coscia. Fu fatta un'incisione di quattro pollici di lunghezza, dal margine inferiore del grande gluteo in giù e un poco verso l'interno. Scoperto il lungo capo del bicipite e scostatolo, si uncinò col dito il nervo sciatico e gli si dettero due o tre forti strappate, tanto nella parte superiore che nella parte inferiore. Mediante un'acconcia medicatura antisettica non si ebbe altro che un leggiero movimento febbrile nelle prime 36 ore, e la ferita nel nono giorno era perfettamente cicatrizzata. L'infermo fin dal primo giorno, ebbe sonni tranquilli senza l'aiuto degli oppiacei. In breve fu in grado di tornare alle sue occupazioni, e, quantunque ebbe in seguito a lamentarsi di leggiere sensazioni dolorose lungo il corso del nervo, tuttavia lo stato generale migliorò considerevolmente, l'arto riacquistò il volume e la funzione di prima, e gli attacchi di sciatica non si fecero più vedere per due anni che fu tenuto di vista.

Andriani.

G. Sterling Ryerson. — *Il rigolene, nuovo anestetico locale.* The Canadian practitioner; n.° 1, 1885.

Il rigolene, introdotto nella pratica da H. J. Bigelow, di Boston, è un liquido leggerissimo e molto infiammabile, che si ottiene dalla ridistillazione del petrolio. Bolle a 64° F (17° c) ed è capace di abbassare la temperatura fino a 15° F sotto zero (— 26° centigradi). Adoperato per nebulizzazione è capace di congelare i tessuti in un minuto circa. È molto più potente e di azione più rapida dell'etere, ma i suoi effetti si dissipano anche più rapidamente. Può rendere importanti servigi nella chirurgia contro l'emorragia e il dolore. Uno studio speciale meriterebbe l'azione di questa sostanza adoperata per via ipodermica.

Andriani.

*

Pitres A. — *Degli attacchi apoplettiformi nell'inizio dell'atassia locomotrice progressiva.* — La Medicina Contemporanea; Gennaio 1885.

Fra i più rari sintomi precursori dell'atassia locomotrice vanno gli attacchi apoplettiformi, più o meno violenti, seguiti o no da paralisi motrici. Finora sono stati osservati solamente in individui sifilitici; ma quel ch'è degno di nota si è che questi attacchi possono precedere di molti anni ogni altra manifestazione dell'atassia, compresi i caratteristici dolori folgoranti. Per la terapia della tabe dorsale un segno così precoce è della massima importanza. L'A, riferisce due casi clinici, in cui l'unico elemento etiologico è la sifilide pregressa e dove manca ogni sospetto d'inquinazione ereditaria. Le due osservazioni, che sono le uniche conosciute nella Letteratura, oltre quella pubblicata dal Fournier nel suo libro *Sull'atassia locomotrice di origine sifilitica*, si possono così compendiare nelle loro particolarità:

1.° caso. *Nessun segno di ereditarietà Sifilide nel 1870. Mel 1874 primo attacco apoplettiforme; disturbi della minzione; caduta spontanea delle unghie. Nel 1879, tre nuovi attacchi senza paralisi consecutiva; amaurosi. Nel 1880, dolori folgoranti; disturbi della coordinazione motrice; atassia confermata.*

2.° caso. — *Nessuna eredità. Sifilide nel 1858. Otto mesi dopo, 1.° attacco apoplettiforme, seguito una settimana più tardi dai primi dolori folgoranti. Nel 1868, diplopia; esitazione nel camminare. Nel 1882, tre nuovi attacchi; atassia confermata.*

Andriani.

BIBLIOGRAFIA

A. De Watteville.—*A. Practical Introduction to Medical Electricity*(Introduzione pratica alla elettricità medica)Londra 1884.

Questo volume di elettro-terapia pubblicato da De Watteville è la espressione succcinta di tutti i progressi che la elettro-terapia ha conseguiti in questi ultimi tempi; ed io colgo questa occasione per uscire un pò dai confini, che di ordinario si assegnano alle riviste bibliografiche, sia per il merito intrinseco del

libro sia principalmente per porgere ai lettori della psichiatria una idea generica dello stato attuale dell'elettro-terapia che si compendia nel libro in disamina.

La elettricità come tutti gli altri agenti terapeutici, o che si adoperi come mezzo di cura, o come mezzo di diagnosi, dev'essere somministrata o applicata nei diversi casi non solo con metodi appropriati, i quali vengono suggeriti dalle diverse condizioni del malato e della malattia, ma pure in una quantità determinata per lo appunto nelle diverse evenienze della pratica. Questo importa una esatta conoscenza delle leggi fisiche assai bene determinate dai fisici elettricisti in questi ultimi tempi, specialmente dopo il congresso degli elettricisti in Parigi, e gli studî della Commissione a questo scopo riunita dell'Associazione Britannica. Si è trattato appunto di dare un valore definito in tutti i casi alle denominazioni: *forza elettro-motrice*, *resistenze*, *forza di corrente*. Una unità di forza elettro-motrice si è denominata un Volt, rappresentata da poco meno della forza elettro-motrice di un elemento Daniel caricato di recente, ed è uguale a 10^8 C. G. S. (C centimetro, G grammo; e S secondo). La unità di resistenza si é detto un Ohm, e corrisponde a 10^9 C. G. S. La forza della corrente che si esprimeva prima con la parola Weber ora si denomina Ampere, ed una unità di forza della corrente corrisponde ad un Ampere, che significa la stessa quantità di corrente indicata come un weber con la giunta del fattore *tempo* che è implicato nella parola *corrente*.

Tutte queste unità rappresentano quantità definite di lavoro o chimico o meccanico. Per esempio: è stabilito che un weber di elettricità sprigiona 179,9 millimetro cubico di gas per decomposizione dell'acqua; e noi possiamo facilmente calcolare la forza di una data corrente elettrica notando la quantità di gas svolta in un dato tempo o pure la deviazione dell'ago magnetico (altra forma di lavoro). Per la misura della corrente applicata sul corpo umano si è quindi adottato il millesimo di un ampere, e si è chiamato *milliampere* che corrisponde alla corrente fornita da tre elementi Daniel, che passa per una media resistenza del corpo umano attraverso elettrodi di medio volume. Le correnti per uso medico variano da uno a 20 milliampere, e l'autore designa come corrente *molto debole* quella rappresentata da 1 a 5 milliampere, *debole* da 5 a 10. *moderata* da 10 a 15, *forte* da 15 a 20.

Poichè la pila elettrica, di qualunque natura essa sia, per la continua scomposizione degli elementi di cui è costituita non può fornire sempre la stessa quantità di elettrico, e poichè anche le resistenze esterne, quelle cioè degli elettrodi e dei tessuti del corpo umano, variano moltissimo, così per ottenere una data forza di corrente nelle singole applicazioni elettro-mediche egli è necessario l'uso di due apparecchi accessori, da una parte il reostato, mercè il quale s'inte rcalano nel circuito le più diverse resistenze che secondo i l caso modificano la forza della corrente passata attraverso una determ inata resistenza. A questo scopo è utile il galvanometro di Gaiffe di Parigi il quale ha diviso il quadrante del suo galvan ometro non già in gradi, come per lo innanzi, ma in milliam pere, di modo che in ogni applicazione si ottiene un sistema di misura e di graduazione sul galvanometro in unità assolute di forza di corrente.

Interessanti sono le ricerche dell'autore nel campo della elettro-fisiologia. Egli si è proposto d'interpetrare perchè la legge di contrazione sull'uomo vivente eccitando un tronco nervoso, non sia identico del tutto a quella determinata da Pfluger sopra il nervo scoperto de lla rana. Si sa che le contrazioni eccitando il nervo della rana or col catode (polo negativo) or con l'anode, (polo positivo) si avverano in un ordine invariabile: 1.ª contrazione (quella cioè che si ottiene con corrente relativamente minima) chiudendo il circuito con il catode (CCC); 2.ª contrazione aprendo il circuito con l'anode (AAC) 3.° chiudendo il circuito con l'anode (ACC), in ultimo aprendo il circuito con il catode (CAC). Le due ultime contrazioni della serie si provocano invertendo la direzione della corrente. In altre parole la contrazione si ottiene sempre al momento in cui comparisce il catalettrotono e al momento in cui scomparisce l'anelettrotono. Ora sull'uomo la seconda contrazione nella serie (AAC) si osserva spesso dopo di ACC e con il motodo polare, cioè applicando sul nervo *solo* il catode o *solo* l'anode si provocano le contrazioni di chiusura rispettivamente catodiche o anodiche.

Quì l'A. fa una chiara esposizione delle ricerche da lui fatte sull'elettro tono nell'uomo (Vedi: La Psichiatria 1884), dalle quali risulta la ragione di tale differenza nelle diverse condizioni in cui trovansi per lo esperimento un nervo scoverto ed eccitato di-

rettamente, ed un nervo ricoverto e circondato da tessuti di diversa natura, come quando si sperimenta sull'uomo. In questo ultimo caso sul punto di applicazione dell'elettrodo vi è una zona catodica o anodica secondo che il catode o l'anode viene applicato sul nervo; ma nel segmento opposto del nervo, considerando il suo diametro trasversale vi è una zona peripolare di polo opposto alla zona polare, e che esercita la sua influenza sui fenomeni dell'elettrotono; questa influenza si spinge fino al punto, per diverse circostanze, (forza della corrente ecc.) che vengono in campo solo i fenomeni della zona peripopolare, e non quelli della zona polare.

Come per i nervi di moto l'A. ha trovato applicabile la legge pure ai nervi di senso, di modo che questi reagiscono più facilmente alla chiusura di catode e poi alla chiusura o all'apertura di anode, e in ultimo all'apertura di catode. Interessanti sono alcune osservazioni riferibili alla eccitazione polare dei nervi acustico e gustatorii, al contrario l'A. salta quasi del tutto a piè pari sulla elettro-fisiologia dei vaso-motori, del midollo spinale e del cervello.

Il capitolo della elettrodiagnosi è certamente uno dei più istruttivi, che si sieno scritti dopo la pubblicazione dell'elettroterapia di Erb. A dimostrare l'importanza dell'esame elettrico, e del rigore scientifico con cui deve esser fatto voglio qui riportare un brano dell'A. « È volgare credenza che per compiere una investigazione elettrica non si richiedano speciali conoscenze, e che basta possedere una batteria e una superficiale conoscenza delle mediche applicazioni della elettricità al corpo umano. Che penseremmo noi della pretensione di uno studente di secondo anno di medicina di essere al caso di fare una giusta diagnosi stetoscopica?... Nella elettrodiagnosi sono involuti problemi, in cui soluzione richiede il completo dominio dei principii dell'elettrofisiologia, nonchè una conveniente conoscenza dei fatti di nevropatologia in rapporto coi fenomeni elettrofisiologici. Gli errori che vi sono connessi sono molto più numerosi e delicati di quelli che possono derivare da tutti gli altri metodi di esame fisico sul corpo vivente. La elettrodiagnosi è una branca di scienza sperimentale..., il più abile medico, il neurologo più consumato se non si pone nelle condizioni richieste, e se non è convenientemente

disciplinato, non potrà ottenere risultati attendibili.... » Tutto questo tiene evidentemente al metodo, e ai mezzi necessarii per simili ricerche.

I risultati dell'esame elettrico sui nervi e sui muscoli possono essere diversi :

1.° O i nervi e i muscoli esaminati reagiscono normalmente.

2.° O può esservi nella reazione un' anomalia *quantitativa*, val quanto dire eccesso o difetto nell'ampiezza della contrazione in seguito di una eccitazione di una data intensità.

3.° O possono esservi anomalie *qualitative* nella reazione.

La reazione normale riscontrasi nei semplici disturbi funzionali (isterismo ecc.); in tutte le malattie di qualunque natura circoscritte al cervello o ai peduncoli; in tutte le malattie spinali in cui il processo è circoscritto esclusivamente alla sostanza bianca.

Le lesioni spinali che interessano una parte limitata del midollo in tutta la sua spessezza non danno luogo a fenomeni elettrodiagnostici nelle parti sottoposte, bensì solo nei muscoli e nei nervi direttamente influenzati dalla parte malata (mielite trasversa, compressione spinale, ecc.).

Certi stati morbosi dei nervi periferici, come nelle forme più leggiere di paralisi facciale da freddo, possono decorrere senza presentare alcuna anomalia nella eccitabilità elettrica.

I cangiamenti *quantitativi* possono essere in più o in meno. L'eccitabilità è *aumentata* se muscoli e nervi reagiscono a stimoli più leggieri di quelli richiesti nelle normali condizioni e riscontrasi (non sempre) nei primi stadii dell'emorragia cerebrale, dell'atassia locomotrice, nella paralisi facciale, nella tetania ecc.

La *diminuzione* dell'eccitabilità elettrica (fino all'abolizione) occorre in un gran numero di circostanze , e spesso si associa a qualche fase della reazione degenerativa. La semplice diminuzione esclude da una parte la poliomielite, dall'altra l'isterismo, e tutte le malattie puramente cerebrali. Depone costantemente per certe alterazioni subìte dalle fibre nervose, e quindi ci mette al caso di provare la natura organica della malattia. Può riscontrarsi ad un grado avvanzato anche quando si è reintegrato il movimento volontario (rigenerazione dei nervi).

I cangiamenti *qualitativi* si osservano più di rado sui nervi che

sui muscoli, sono sempre associati a cangiamenti quantitativi, e possonsi dimostrare tanto con la corrente galvanica che con la faradica.

Può scomparire la eccitabilità faradica, e ciò dipende sempre dalla degenerazione dell'elemento nervoso intramuscolare.

Tutte le alterazioni qualitative possono essere o *modali* o *seriali*. Nel primo caso la contrazione è di un tipo differente che nelle condizioni normali, è lenta, ha più lunga curva ascendente, il massimo accorciamento è diminuito.

Le alterazioni seriali consistono principalmente nella inverversione delle formole fisiologiche della contrazione muscolare, specialmente in ciò che ACC (Anode Contrazione Chiusura) comparisce prima di CCC (Catode Contraz. Chius.). Se, per es., un muscolo nelle condizioni normali richiede 15 elementi per dare ACC ed otto a dieci per CCC, in certe anormali condizioni l'ordine è invertito più o meno, o pure, nelle forme meno gravi, si uguagliano (CCC = ACC).

La occorrenza della reazione degenerativa (RD) dipende sempre da una alterazione istologica spocifica del muscolo (atrofia degenerativa (non miosite idiopatica o semplice atrofia) dipendente dalla interruzione della particolare influenza della sostanza grigia del midollo spinale sopra i nervi e i muscoli, conosciuta come influenza trofica per lesione o della stessa sostanza grigia spinale o delle vie, attraverso le quali questa influeuza si spiega (fibre motrici).

L'A. fa speciale menzione di una parziale reazione degenerativa (RD) molto analizzata da Erb, ed è che i muscoli presentano le reazioni degenerative ora descritte all'eccitazione galvanica, mentre la eccitabilità faradica è conservata normale o subnormale, come resta conservata normale la eccitabilità faradica e galvanica dei loro nervi. Questa parziale reazione degenerativa tiene al fatto che mentre i muscoli vanno degenerando e rigenerandosi, i nervi restano apparentemente intatti, e l'A. ne trae argomento per formularne due conclusioni: 1.° I cangiamenti trofici che occorrono nei muscoli sono indipendenti dai fenomeni paralitici; 2.° tali cangiamenti trofici possono occorrere o nei muscoli o nei nervi insieme o nei muscoli solamente. Non vi è quindi alcuna corrispondenza tra la natura e la quantità della

reazione elettrica e il grado del disturbo motore; muscoli e nervi che sono paralizzati senza che vi sia alcuna aperanza per la loro reintegrazione funzionale continuano per anni ad avere la normale reazione ad entrambe le correnti; mentre può esservi reazione degenerativa con preservazione di una considerevole quantità di potere motore.

Passande dall'elettrodiagnosi all'elettroterapia De W. dice che se da una parte un gran numero di successi riportati dall'applicazione terapeutica dell'elettricità non sono esistiti che nella immaginazione degli scrittori, dall'altra parte non pochi degl'insuccessi devono essere attribuiti all'ignoranza, che prevale intorno alla razionalità e ai metodi di elettrizzazione. L'azione della elettricità è complessa, e si esercita specialmente sulla nutrizione dei tessuti, la qual cosa è dovuta:

1.° Alla sua proprietà di trasportare liquidi da polo a polo (cataforesi ed osmosi) attraverso i tessuti, le membrane cellulari, e la sostanza intercellulare.

2.° Alla proprietà d'indurre cangiamenti chimici sulle soluzioni in cui circola (elettrolisi).

3.° Agli effetti sulla circolazione della linfa e del sangue, o diretti, per eccitazione stessa dei vasi, o indiretti, per mezzo dei nervi vasomotori e simpatici; o riflessi, (per mezzo dei nervi sensorii.

4.° Alla possibile eccitazione della influenza trofica dei nervi sui tessuti.

L'A. è uno dei strenui sostenitori della influenza polare e non della direzione della corrente; e tra le altre ragioni che egli adduce, e bene a proposito, vi è che l'influenza *catalitica* della corrente ha più importanza terapeutica degli effetti elettrotonici, e non si hanno prove della differenza dei due poli da questo punto di vista.

Pare anzi che l'azione successiva dei due poli sopra i tessuti influisca sulla loro nutrizione più energicamente che quella di un solo polo.

Come per tutti gli altri agenti terapeutici, così pure per la elettricità è uopo tener presente la forma in cui il medicamento si somministra, il tempo, il modo, e la quantità; e poichè ora più che per lo innanzi si hanno nozioni esatte di elettrofisica, e

mezzi universalmente adottati nella scienza e nella pratica per la misura della elettricità, così per la prima volta in un libro di elettroterapia apparisce il capitolo della *posologia*, a cui non si è dato meno valore per lo innanzi, ma non si possedevano dati sicuri e pratici per svolgerlo di proposito.

Non è possibile seguire l'autore nei diversi capitoli, che egli scrive sulle varie applicazioni della elettricità quale mezzo di cura in un grandissimo numero di malattie nervose; ciò del resto si trova ripetuto in qualunque libro di elettroterapia. Come nella parte generale, così anche in questa l'A. si mostra sempre all'altezza di uno scienziato inappuntabile; nel leggere il libro in disamina mi è sembrato che la Elettroterapia si sia rinvigorita con l'autorità di un neuropatologo e di un vigoroso cultore di elettroterapia, e rialzata dal discredito in cui spesso la travolgono con spudorate casuistiche i semplici praticamenti elettroterapisti nei cui scritti spesso non so che più discerni se la malafede o la ignoranza. *L. Bianchi.*

NECROLOGIE

BIAGIO MIRAGLIA

Nello scorso Marzo è morto in Napoli Biagio Miraglia: era nato in Cosenza nell'Agosto del 1814. Questo nome largamente ripetuto all'estero: notissimo in Italia; è stato popolare in queste provincie napolitane, dove si può dire che sia addivenuto universalmente quasi sinonimo di Frenalogo e di cultore dello studio su la pazzia. Quest'uomo così indicato dalla pubblica fama, tanto distinguendosi, ed elevandosi al di sopra delle oscure ed innominate masse, ha significato la sua virtù. Nel vero senso, dobbiamo dire: « Il Miraglio è stato virtuoso ».

Gli studi psichiatrici non fiorivano in Napoli: ed erano anzi la più assoluta contraddizione di quei non liberi tempi: e la istituzione d'un Manicomio, per quanto gloriosamente sorretto, non era che unica, e quasi spartata in Aversa. Forza singolare d'ingegno spingeva qualcheduno a tale specialità di studii; ricordiamo, illustre esempio, il Ferrarese. Il Miraglia fu attratto in quest'orbita. Nel 1842 fu nominato medico del Manicomio.

d'Aversa; e così presero determinato indirizzo i suoi studii. Per le pubbliche vicende, dopo il 1848, perdè quest'ufficio, e guadagnò la carcere politica. Il Miraglia fu cuore e mente liberale. Nel 1860 tornò, per qualche tempo, in Aversa, qual Direttore medicò di quel Manicomio. Finite le nostre grandi lotte patrie, egli ne' suoi studii vide una efficace sorgente di civili istruzioni in liberi tempi, ed in quelli tutto si restrinse; nessun'altra cosa lo distrasse; *totus in illis*; sì che pareva a molti come un carattere eccentrico; restandosi davvero fuori quasi di ogni altro giro dell'attuale turbinosa vita sociale. In questa determinata ed inflessibile volontà sta la invidiabile impronta del suo carattere, e la ragione della conseguita celebrità.

Nei tempi della gioventù del Miraglia, le scienze presso di noi erano, per lunga abitudine e per pubblica forza, pregiudicate da estrinseci presupposti e da obbligatorii dogmi di metafisica. Il Miraglia prese a leggere, con animo preoccupato in contrario, le pubblicazioni del Gall e dello Spurzheim: spirito libero ed aperto ne restò vinto; e novello Paolo, ne divenne l'Apostolo; e quelle teorie restarono *sistematizzate* nella sua mente. I fenomeni psichici tutti furono per lui immedesimati ed identificati co' fatti e funzioni organiche del cervello. È questo un aggregato, organizzato, di parti multipli e diverse: a ciascuna parte è speciale una funzione psichica o morale. Le alterazioni della mente sono alterate funzioni cerebrali. Le gradazioni e le qualità individuali dello intelletto; le tendenze svariate di ciascuno; ecc., sono la espressione ed il valore dello organismo funzionante cerebrale. Il *libero arbitrio*, *le virtù*, *le delinquenze* sono valutate al medesimo criterio. Il Miraglia è un convinto: il suo cuore generosamente s'infiamma alla difesa della sorte dei poveri pazzi, e spesso a favore de' delinquenti, fatalmente trascinati al loro destino. Così lui. Sempre parola decisa e senza terciversazioni. « È un esagerato: è quasi un monomaniaco, a voler considerare tutti un pò pazzi: » così la parola volgare parla di lui. Ripeto: « è un convinto, è un deciso apostolo ».

I moderni progressi della scienza hanno giudicato del Gall e de' suoi seguaci. Fu come un grande e geniale intuito: a'posteriori studii il resto, che rappresenta lo immenso e fruttifero campo delle novelle indagini, su cui tanto dovrà confidarsi l'av-

venire dello scientifico sociale progresso della civiltà. Il Miraglia si assise sul vertice della parabola del Gall, là è terminata la sua non ingloriosa giornata. I giovani cultori della scienza, passando, lo guardano fermo in quell' alto posto : (lo riconoscono tutti? dovrebbero) è avventurosamente oltrevanno. Il Miraglia fu un carattere: fu una virtù fu un patriota. Sia alla gioventù l'esempio della tenacità e determinatezza dei nobili propositi.

GABRIELE BUCCOLA

Al 5 marzo 1885 è morto, a Torino, Gabriele Buccola. È un triste annunzio pel mondo scientifico. Uomini grandi muoiono, dopo d'avere dato più o meno tutto il frutto della loro superiore potenza: è dispiacente assai la dipartita di essi, a'quali ci univa l'ammirazione e quasi la famigliarità. Ma il sapere certamente di un Buccola, come egli, giovanissimo, già con sicuro passo salisse, e stesse a raggiungere quella più alta vetta, da dove scopre il nuovo e più vasto orizzonte della scienza; e subito il saperlo scomparso; questa, sì, è perdita reale che deve rattristare quanti hanno senso di civiltà e di dottrina.

Era nato in Sicilia nel Palermitano nel 1854. Da natura ebbe ingegno alto per comprendere, pieno di fantasia per ricercare il nuovo; potente ed armonizzato, per non trasmodare, o per dare la relativa importanza alle cose. Felicissima temperanza di grande forza e giusta proporzionale misura. E la maggiore eccellenza stava in questo, che il suo intelletto della scienza era pure forte sentimento guidatore della sua vita; e quindi carattere integro, indipendente, perchè conscio e misuratore del còmpito da fornire. E l'ingegno vero non si forma a'suoi pur felici intuiti, è anzi ostinato nella riflessione e nella ricerca. Il giovine Buccola dunque si annunziò dotato della migliore tempra di scienziato; e di tutto dà la prova nel nobile tenore della sua breve vita, e nella rapidità e qualità dei suoi studii e delle sue pubblicazioni.

Coltiva per tempo la sua mente coi veri studii letterarii: ed addiventa egli stesso notevole *scrittore*. Ma, cosa più prestante, presto si familiarizza, studiando nei più eminenti Autori moderni, con la filosofia e la storia della Scuola dell'*evoluzionismo*. Questo a lui non resta una pura nozione ed una idea. Sa come

questa Scuola non è ancora uscita del tutto dal suo periodo di lotta e di perfezionamento. Essa ha lunghe, nella precedente storia della scienza, le sue radici. È già gigante nello Hegelianismo; quando *la Idea, con razionale processo storico*, si svolge, si evolve nelle attuazioni, DIVIENE, *va divenendo*. Ma che cosa ci è di vero, o meglio, di *sperimentale* e di *fatti* in questa eterna ed universale evoluzione? Allo antecedente Hegelianismo così sottentra il più moderno Darvinismo: è la evoluzione dell'Evoluzionismo, che storicamente ed a mano a mano si spoglia dello estrinseco e dello accidentale e si afferma determinandosi. Si sta nel periodo dello sperimentalismo, con la idea già, presso i più, preaccettata della legge della Evoluzione. Lo assoluto sperimentare è Naturalismo. Qui stiamo: non preoccupiamo i successivi momenti storici che verranno. Il Buccola ha mente adeguata a'tempi nuovi; come è sempre degli uomini più prestanti, i quali non sono essi stessi, che come un concentramento o riflesso della luce dei nuovi tempi, e la espressione più completa delle risorgenti esigenze sociali.

Il Buccola, pieno di aspirazioni scientifiche e di ideali, presceglie lo studio della Medicina, che gli apparisce, come la sufficiente sintesi degli studii naturalistici; ma presto la Medicina si compendia per lui nella Psichiatria; s'intende non come piccola arte professionale, ma nella sua più vasta compressione scientifica. Egli ha trovato la sua via; io dico, la sua alta vocazione. Nella Scuola la *mente moderna* è l'ultimo e più specificizzato ed alto portato della eterna evoluzione. Comprendiamo questa *mente* nella sua entità ed organizzazione, nelle sue parti e relazioni, nella evoluzione delle sue infinite applicazioni, nelle più remote fasi e leggi della sua formazione atavitica e personale; nelle sue deviazioni ed aberrazioni, illuminatrici queste stesse della natura di essa.

Il Buccola era nato fatto per questi grandi e geniali studi; e perciò il suo precoce amore pe'maggiori Scrittori moderni di tali materie, Spencer, Bain, Wundt, ecc. Ma come dissi, il lato più moderno è lo sperimentare; ed il giovanissimo Buccola si addestra presto a tutti i metodi d'osservazioni e di esperienze; e pare che sia questa la parte di cui, nella brevissima sua vita di scienzato, sia arrivato a dare la più luminosa prova della sua

potenza. Egli *sperimenta*, affidandosi a metodi nuovi, con arditezza genialissima, dove si appalesa quel suo ingegno, alto, fantasioso, misurato, ed ostinato nella ricerca dell'ultimo vero. Abbraccia ed unifica il problema « mente e natura » : descrive e dimostra di quella la legge ch'è universale della natura « tempo e misura ».

Quanta penetrazione di mente! Quanta maestria originale d'indagini! Quanta verità e precisione! Il Buccola è appena uscito dal tirocinio delle scuole, e ne'primi suoi anni è già autore celebrato di importantissimi studii di pura scienza e di Clinica. Giovanissimo, e *principiante*, non promette, dà frutti maturi. Ma questi non rappresentano il risultato della lunga elaborazione d'un sistema perfezionato; ma sono i primi premii, confortanti, di novità di metodi e novità di problemi e di ricerche. Il Buccola vi si è tanto robustamente slanciato, prendendo le iniziali mosse da' Maestri e predecessori; ma costituitosi padrone del campo, per quanti versi e per quanto spazio l'avrebbe corso e coltivato? Di questo giovine maturo di senno, e vergine di forze, chi potrebbe dire qual cammino avrebbe nelle scienze percorso? Tanto intelletto, tanto operoso amore, tanta maestria tecnica, tanto giusto indirizzo a'suoi studii; dove lo avrebbero portato? A noi non resta che lo stupore ed il rammarico che l'Italia l'abbia perduto. Quale destino! Si annunziano in Italia meravigliose meteore illuminanti, e scompariscono; perchè? I Bernardo Celentani, i Fracassini, i Buccola! Di Raffaello si disse che per suo funebre elogio si dovesse fare seguire il feretro della sua « Trasfigurazione »; io credo di dire che pel Buccola vissuto qualche lustro nella scienza conviene trascrivere qui appresso, come ha fatto la « Rivista filosofica scientifica » l'elenco delle sue pubblicazioni. A giudicare il Buccola, si leggano quelle. I giovani italiani imparino almeno ad imitarne l' amore alla scienza e la onestà dell' assiduo lavoro; e lo spirito scientifico del Buccola possa aleggiare in mezzo ad essi.

G. Buonomo

PUBBLICAZIONI DEL DOTT. G. BUCCOLA.

A) Lavori editi.

1877. Articoli di critica scientifica nei periodici *L'Atomo*, *Pensiero ed Azione*, *Giornale di Sicilia*, passim. Palermo.—1879. La dottrina e le leggi dell'eredità, 1ª ediz. Palermo. — 1880. Sulle modificazioni sperimentali della sensibilità mediante gli agenti estesiogeni (in collaborazione con il dott. G. Seppilli), nella «*Rivista di Freniatria*», Reggio. — 1880. La psicologia fisiologica in Italia, rassegna critica, *Riv. di Fren.*, ivi. — 1880. Sulle idee fisse e sulle loro condizioni fisiopatologiche, *Riv. di Fren.*, ivi. — 1881. La legge fisica della coscienza nell'uomo sano e nell'uomo alienato, nell'*Archivio italiano per le malattie nervose*, Milano. — 1881. Sulla misura del tempo negli atti psichici elementari, *Riv. di Fren.*, ivi.—1881. Sulla misura del tempo negli atti psichici. — Il periodo fisiologico di reazione negli alienati, 1ª memoria, *Riv. di Fren.*, ivi. — Sulla misura, ecc., 2ª memoria. *Riv. di Fren.*, ivi. — 1881. Sulla relazione del tempo fisiologico col senso locale cutaneo, nel *Giornale della R. Accademia medica*, Torino. — 1881. La durata dei processi psichici elementari, nella *Rivista di Filosofia scientifica*, volume I. Torino-Milano. — 1881. La durata del discernimento e della determinazione volitiva, *Riv. di Fil. scient.*, ivi. — Nuove ricerche sulla durata della localizzazione tattile, *Riv. di Fil. scient.*, ivi. — 1881. Sui fenomeni e sulla natura dell'ipnotismo, *Riv. di Fil. scient.*, ivi. — 1881. Sul tempo di reazione in un caso di demenza paralitica, nell'*Archivio di Psichiatria*. Torino. — 1881. Sulla «Teoria fisiologica della percezione» del prof. Sergi, *Riv. di Fil. scient.*, vol. I. — 1882. Ricerche sperimentali intorno all'azione fisiologica e terapeutica della Cocaina nelle malattie mentali (in collaborazione col prof. E. Morselli), nei *Rendiconti del R. Istituto Lombardo*. Milano. — 1882. La riproduzione delle percezioni di movimento nello spazio visivo, ricerche sperimentali, nella *Riv. di Fil. scient.*, vol. II. — 1882. La riproduzione delle percezioni di movimento nello spazio tattile, ricerche sperimentali, nella *Riv. di Fil. scient.*, vol. II. — 1882. La memoria organica nel meccanismo della scrittura, ricerche sperimentali, nella *Riv. di Fil. scient.*, vol. II. — 1882. — Sulla durata delle percezioni olfattive, nell'*Archivio ital. per le malattie nervose e alienazioni mentali*, e nella *Riv. di Fil. scient.*, vol. II. — 1882. D'uno strumento per lo studio sperimentale della durata delle percezioni olfattive, comunicazione al *Congresso medico di Modena*. — 1882. Sulla durata delle percezioni complesse (in collaborazione col prof. E. Morselli), comunicazione preventiva al *Congresso medico di Modena*. — 1882. I deliri sistematizzati primitivi, nota di psicologia patologica, nella *Rivista di Freniatria*. Reggio. — Sulla paralisi progressiva nella donna, nello *Sperimentale*. Firenze. — 1882. La dottrina e le leggi dell'eredità, 2ª edizione riveduta ed ampliata. Palermo, un vol. di pag. 130. — 1883. Le recenti esperienze sul tempo delle sensazioni olfattive, nella *Gazzetta delle Cliniche*. Torino. — 1883. Le illusioni della memoria. *Riv. di Fil. scient.*, vol. III. — 1883. Sul tempo della dilatazione reflessa della pupilla nella paralisi progressiva degli alienati ed in altre malattie dei centri nervosi, *Riv. di Fren.* Reggio. — 1883. Contributo clinico alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva (in collaborazione col prof. E. Morselli), nel *Giorn. R. Accad. med.* Torino. — 1883. Il tempo del processo psichico nella estesiometria tattile, *Riv. di Freniatria*.—1883. La legge del tempo nei fenomeni del pensiero, saggio di psicologia sperimentale, nella *Biblioteca scientifica internazionale*, Editori Fr. Dumolard. Milano, un vol. di pag. 450 con tav. e fig. — 1884. Sul tempo di percezione dei colori, ricerche sperimentali (in collaborazione col dottore Bordoni-Uffreduzzi), nella *Riv. di Fil. scient.*, vol. III — 1885. La reazione elettrica dell'acustico negli alienati, ricerche di semjotica psichiatrica, nella *Riv. di Fren.*, Reggio.

B) Lavori inediti o rimasti incompleti.

1. Sul senso del tempo, lettura fatta alla R. Accademia di Medicina nel 1883 (*inedita*). — 2. Ricerche sperimentali sulle percezioni complesse, in collaborazione col prof. E. Morselli (*inedite o incomplete*). — 3. Sulla catatonia di Kahlbaum (*incompleta*). — 4. Manuale di Psicologia fisiologica, di commissione dell'editore Hoepli di Milano, (*incompleto*).

Clinica Medica di Palermo diretta dal Prof. G. LEPIDI CHIOTI

CASO RARO DI SCLEROSI DISSEMINATA A PLACCHE

pel Dott. GIOACCHINO LIPARI

interno della Clinica

I casi clinici tanto più sono interessanti quanto più la loro forma morbosa è netta. Tale è il caso, che noi riportiamo e che stimiamo importante per la casistica medica, poichè, mentre da una parte la forma clinica di sclerosi a placche è nettamente chiara, dall'altra la riscontriamo in un'età, in cui assai di rado pare siasi osservata, cioè in un vecchio a 67 anni !.

È contadino, cernitore di grani, ammogliato. Non ha figli.

Racconta che cinque anni or sono, senza causa apprezzabile, cominciò ad avere, per la prima volta e di botto, tremore all'arto superiore destro ed anche, dopo pochi minuti, al sinistro; ma in questo meno intensamente. Il tremore durò intenso per un quarto d'ora. Indi andò gradatamente diminuendo sino al punto da non recare alcuna molestia all' infermo, il quale accudiva benissimo al suo mestiere e non ebbe mai a lagnarsi di alcun altro fenomeno nervoso centrale o periferico: non ebbe febbre, non disturbi gastro-intestinali, nè genito-urinarii, ecc.

Durò in questo stato sino a due mesi fa, quando, in seguito a forte dispiacere il tremore tornò ad aumentare gradatamente sino a divenire in poco tempo, che l' infermo non sa indicare con precisione, violentissimo; più di quello, che ebbe luogo al principio della malattia.

Durante questi ultimi due mesi il tremore ha avuto il seguente andamento; non è stato mai continuo, ma in forma accessionale: quasi sempre provocato dai movimenti intenzionati, per esempio stendendo, o alzando, o flettendo con energia l'arto o gli arti superiori, sollevando con essi

un peso, etc.: una volta iniziatosi, in questo modo o in altro, il tremore ha avuto per lo più una durata estensibile da una a due ore e mezzo: stando in riposo, gli è riuscito di frenare il tremore, o per lo meno di togliergli quella grande violenza, con cui pria si presentava; qualche volta poi è cessato di botto: non di raro è insorto spontaneamente e bruscamente, quando cioè l'infermo meno se lo aspettava, e malgrado che stesse in perfetto riposo: non mai s'è verificato nel sonno; è riuscito molte volte all'infermo di abbreviare la durata dell'accesso, come pure la violenza, mettendosi in riposo a letto, specialmente nella posizione orizzontale.

Non soffre, nè ha mai sofferto di balbuzie, nè di alterazione dei sensi specifici, tranne un leggiero indebolimento della forza visiva, che attribuisce a vecchiaia; non mai nistagmo.

Non mai disturbi degli organi del respiro e di quelli dell'apparecchio cardiaco-vascolare.

La digestione si è compita sempre lodevolmente. L'individuo si è conservato sempre ben nutrito. È stato parco nel mangiare e nel bere. Non è fumatore. Ha abitato luoghi asciutti; però s'è esposto molto ad influenze reumatiche. Ha faticato molto colle braccia per il suo mestiere (cernitore). Non ha avuto sifilide.

Ebbe uno spavento, 17 anni addietro, al quale l'infermo vuol riferire la sua malattia. Ha avuti ripetuti attacchi di febbre malarica, che si sono verificati quasi ogni anno sino a tre anni or sono, e che ha superato sempre felicemente coll'uso della chinina.

Dei suoi parenti suo padre morì vecchio, sua madre giovane, l'uno e l'altra non sa di che, suo fratello soffre di tosse o di disturbi digestivi.

Nessuno dei suoi collaterali soffre di malattia nervosa.

Ha costituzione molto robusta e bene conservata. Colorito della pelle bruno. Questa si solleva in pliche elastiche, di media altezza e spesse. Muscoli bene sviluppati e fisiologicamente tonici. Mucose visibili con buona tinta; scheletro ben confermato. Ossa robuste.

Le facoltà intellettuali sono perfettamente integre, anzi

l'intelligenza molto sviluppata, la memoria assai ben conservata.

Ha un po' duro l'orecchio sinistro ma da più anni. Ecco l'esame dell'apparecchio visivo, compreso l'oftalmoscopico; forza visiva 1[4 : essa migliora un poco con le lenti ipermetropiche (una diottria). Distingue i colori. Non c'è diplopia. Mezzi diottrici trasparenti in ambo gli occhi. Papille rosee; escavazioni fisiologiche. Vasi un po' piccoli, ma non c'è sproporzione fra i venosi e gli arteriosi.

Le pigmentazioni coroideale avanzate.

L'olfatto leggermente ottuso (l'infermo per antica abitudine prende tabacco da naso).

Gusto conservato.

sensibilità	dolorifica	normali
»	tattile	
»	termica	
»	della pressione	
»	delle distanze	
»	muscolare	
»	articolare	

1° Corrente costante. Essa, il più che sia possibile debole, viene percepita da pertutto; però si notano le seguenti differenze dando alla corrente l'intensità di dieci coppie; agli arti superiori la sensibilità elettrica è aumentata, ma di poco, nel sinistro in tutta la sua superficie: dell'uno e dell'altro arto le regioni postero-esterne sono più sensibili che non le antero interne: agli arti inferiori si ha maggior sensibilità che non ai superiori, ed è eguale in entrambi i lati ed in tutta la loro superficie. Al dorso ed all'addome nessuna differenza. I medesimi risultati si hanno tanto dalla corrente discendente che dall'ascendente.

Riducendo a cinque il numero delle coppie, la corrente è avvertita leggermente alle tempia ed al dorso con entrambi i poli: agli arti superiori ed inferiori soltanto al polo zinco, mentre nel punto, dove è applicato il polo rame, manca la sensibilità elettrica.

2° Corrente indotta. Ancor che debolissima, viene da

pertutto percepita e colle stesse differenze: i muscoli reagiscono bene, contraendosi piuttosto energicamente.

Giacendo in posizione orizzontale tiene ferme tutte le sue membra. Non ci sono fenomeni nè di paralisi, nè di paresi. I movimenti della lingua, degli arti inferiori, e superiori, del capo e del tronco sono normali; se non chè si nota questo d'importante e di caratteristico: che, facendo mettere l'infermo dalla posizione supina, in cui giace tranquillamente, nella posizione semieretta, o invitandolo a fare cogli arti superiori, che prima teneva in completo riposo, varii movimenti secondo la sua intenzione, non tarda (trascorsi appena due minuti) a verificarsi nell'arto superiore destro, ed immediatamente dopo al sinistro, un tremore, che prima leggiero, va gradatamente e rapidamente crescendo sino ad acquistare una violenza, che fa pietà a vedere: e mentre nel principio dell'accesso riesce possibile per qualche porzione di minuto contare le oscillazioni del tremore, in queste si accavallano l'una all'altra con tanta rapidità che non vi si può tener dietro. Le oscillazioni, che compongono il tremore, si compiono ora in senso orizzontale, ed ora in senso verticale, e per lo più in senso obbliquo dall'esterno all'interno e dall'alto al basso. Il minimo d'escursione delle oscillazioni è di circa cinque centimetri, il massimo di dieci a quindici qualunque sia la direzione, in cui le oscillazioni si verificano. Però pare che la massima escursione si compia nella direzione obbliqua. Il numero delle oscillazioni, avute in un minuto primo e che abbiamo avuto cura di segnare sopra una lunghissima striscia di carta, che si è fatta scorrere di sotto la mano dello infermo, che impugnava una robusta matita colorata, ammonta a 345. Il tremore in quanto al numero, intensità, direzione, escursione, forza, sincronismo, se così può dirsi, delle oscillazioni, è uguale tanto nell'uno che nell'altro lato.

L'atto, a cui meglio possa rassomigliarsi il tremore, è il rollio del tamburo rapidamente suonato da un abile individuo.

Durante il tremore, l'infermo tiene le pugna serrate, gli arti inferiori distesi, il tronco leggermente inclinato

in avanti, la testa nella stessa direzione del tronco, lo sguardo fisso in un punto, la bocca chiusa; tutta la sua attenzione è concentrata in quel fenomeno. Batte con la superficie dorsale delle seconde e medie falangi, già piegate a pugno, sulla superficie anteriore delle coscie con tale violenza, specialmente nel massimo dell'accesso, da occorrere talora l'interposizione d'un cuscino per riparare gli arti da quelle involontarie percosse; la testa ed il tronco, a cui si comunica il tremore degli arti, oscillano anch'essi, per così dire, ritmicamente: di modo che, guardato in queste condizioni il povero vecchio desta pietà.

Dopo l'accesso, che è durato un'ora, l'infermo ritorna nello stato di massima quiete, il tremore cessando di di botto. Non altro avverte che un po' d'indolenzimento alle braccia, da cui per antica abitudine non trae alcuna molestia.

Ha piena coscienza di quello, che è accaduto in lui ed attorno di lui; e non accusa alcun fenomeno nervoso, tranne quello osservato, cioè il tremore.

Dopo qualche tempo, che è stato in riposo, obbligandolo a fare dei movimenti intenzionati, il tremore comincia, ma la sua durata è minore.

Ripetendo questo esperimento varie volte consecutivamente, il tremore finisce per non destarsi più. Esso, quando si inizia, non può essere mitigato, e tanto meno arrestato da qualsiasi sforzo della volontà.

Sarebbe stato utile segnare i movimenti delle braccia sulla carta, per vederne la curva, la distanza fra un'oscillazione e l'altra, l'altezza, il numero, la direzione, la forza; però ci ha fatto difetto un adattato apparecchio d'orologeria, e l'infermo volle uscire troppo presto dalla Clinica.

Tuttavia il numero delle battute l'abbiamo potuto ricavare materialmente, su una lunghissima lista di carta, secondo abbiamo detto innanzi (1).

---

(1) La forza muscolare, segnata dal dinamometro, giunge a 19 chilogrammi a sinistra e 20 a destra, allo stato di riposo: allo stato di tremore le grandi oscillazioni sono capaci di spingere l'indice del diamometro a 10 gradi.

Nel periodo di quiete, riesce possibile all' infermo la deambulazione: ei cammina con passo sicuro, tiene penzolanti le braccia, e si guarda bene di fare movimenti con essi: è degno di nota però l' oscillazione del capo, che si compie in senso trasversale, e che s' accentua di più, quando l' infermo affretta il passo: ponendosi a sedere, il capo cessa d' oscillare. Se per avventura l' infermo, durante la deambulazione, è colpito dal tremore delle braccia, allora si ferma ed ha tempo di porsi a sedere o di mettersi a letto, pria che il tremore divenga violento e gli impedisca di prendere una posizione, in cui possa meno soffrire.

La nutrizione del corpo è lodevole ed uguale da per tutto e nelle stesse parti omonime. Non esistono linee atrofiche.

I movimenti riflessi sono tutti conservati e normali. La defecazione e la minzione sono volontarie; però havvi stitichezza.

Le urine sono di colorito-rosso-arancio-limpide-senza sedimento. P. S. 1023. Albume, zucchero diabetico, pigmenti biliari assenti. Urofeina poco più del normale. Uroxantina normale. Acido fosforico gr. 2.67. Molta uroeritrina. Qualche cristallo di ossalato di calce.

Nulla al collo, tranne una leggiera dilatazione della giugulare esterna sinistra. Fisiologico l' apparecchio respiratorio.

In quanto all' apparecchio cardiaco vascolare si nota: impulso della punta del cuore al 5° spazio intercostale all' indentro della papilla mammaria. Non fremito, nè sfregamento. Aia leggerissimamente ingrandita. Tuoni netti c' è però un po' d' aritmia. Polso multiplo (si vedono pulsare le arterie brachiali, l' ulnare destra, la pedidia corrispondente, le temporali). Il polso è un po' rigido; batte 64 volte al minuto.

Leggiero ingrandimento dell' aia dello stomaco. Lingua umida e netta.

Il fegato sporge un dito dall' arco costale, il suo limite superiore giunge al margine inferiore della 6ª costola nella linea papillare verticale: il suo bordo è indolente, liscio,

regolare, di consistenza fisiologica. Milza un po' ingrandita, intestini fisiologici, sano l'apparecchio glandulare. La favella è spedita, nessuna deviazione dell'ugola.

L'infermo suol essere di buon umore, mangia e digerisce bene, è bastantemente forte. Avverte accaloramento insolito alla superficie del corpo, non constatabile col termometro.

Dal sin quì detto nessuno può dubitare della diagnosi: basta por mente alla natura del tremore, per dire che è un caso specchiato di sclerosi disseminata a placche. Infatti il tremore, che qui si desta agli arti superiori nei movimenti intenzionati, e che differisce da quello della paralisis agitans, il quale è oscillatorio e ritmico nello stesso tempo, è veramente proprio delle sclerosi, perchè è caratterizzato da ritardi e da acceleramenti non solo fra l'uno e l'altro accesso, ma anche fra le oscillazioni d'un accesso medesimo, il cui numero è variabile dal principio alla fine; infatti lo spazio, che decorre fra un attacco e l'altro non è costante, dipendendo in massima parte il tremore dai movimenti intenzionati, che compie cogli arti medesimi: ed è pure variabile lo spazio fra un'oscillazione e l'altra in guisa che le scosse degli arti si succedono or sì lentamente da potersi contare, ed or sì rapidamente l'uno all'altro da non essere ciò possibile: quindi nello stesso attacco si ha un massimo ed un minimo di oscillazioni veramente caratteristico.

Il tremore è limitato agli arti superiori e un po' anche al capo.

Si calma, e qualche volta cessa, quando l'infermo si pone in posizione orizzontale. Nella calma nulla c'è nel nostro individuo, che accenni a malattia nervosa; ma i movimenti intenzionati eccitano il tremore degli arti superiori.

Nella sclerosi a placche non si ha mai un quadro tipico della sua forma clinica. Se qualche cosa di tipico c'è, è soltanto il tremore come quello che abbiamo descritto.

Nel resto l'un caso di sclerosi differisce dall'altro, e ciò o per forme collaterali o per anomalie o piccole va-

rietà, che accompagnano l'alterazione, da cui trae origine il tremore. Ed invero non è infrequente trovare in individui, affetti di questo genere di malattia, o turbamento dell'intelligenza, o debolezza della memoria e del raziocinio, con incapacità di continuare un discorso, o anche, quello che è più, attacchi cerebrali, che possono giungere sino alla forma apoplettica, la quale differisce dal vero colpo apoplettico (da emorragia cerebrale), in quanto che in uno o due giorni l'infermo si rimette completamente.

La variabilità della forma clinica dipende, come c'insegna l'Anatomia patologica, dalla variabilità della lesione organica; ed invero nella sclerosi a placche detta ancora sclerosi a focolaio, secondo la sede, l'estensione, la profondità il numero dei focolai, dee variar la forma clinica, e perciò l'un caso di sclerosi differisce dall'altro; in ognuno però è caratteristico il tremore. Tuttavia la parte bianca degli emisferi cerebrali e il Ponte di Varolio sono le regioni, deve più frequentemente ed in maggiore copia si trovano i focolai.

La causa della sclerosi a placche, come della paralisi agitante, è ignota: si parla di cause reumatizzanti, di sifilide, quando questa esiste: in generale riguardasi come un'infiammazione cronica del cervello e del midollo spinale (encefalo-mielite).

L'indebolimento della vista, i disordini della favella, l'alterazione dell'udito, e del gusto, i disordini dei nervi vaso-motori, l'impaccio dei movimenti della lingua, la deviazione dell'ugola, etc., sono frequenti nella sclerosi a placche e si hanno a deplorare, a secondo che i focolai morbosi, come dicemmo, hanno sede più in un centro nervoso che in un altro.

Nel nostro caso in verità la maggior parte di questi fatti morbosi mancano: l'indebolimento della vista e l'ottusità dell'udito dell'orecchio sinistro sono dovuti a vecchiaia e a catarro: l'intelligenza è buona; soltanto c'è alquanto disordine dei nervi vaso-motori, perchè l'infermo avverte molto calore alla superficie del corpo, specialmente alle mani, le quali, come egli esprime, *mandano fuoco.*

Nel nostro caso c'è ateromasia, e questa è una condizione favorevole per lo sviluppo della sclerosi a placche.

Gl'individui affetti di quest'ultima malattia, sogliono per lo più conservare buono, come nel nostro caso, il sistema nervoso allo stato passivo: sicchè non pare che ci sia lesione nervosa di sorta: però allo stato attivo, cioè invitando l'infermo a mettere in funzione i suoi muscoli, si rivela il disordine nella sfera motrice in quel dato gruppo muscolare dipendente dal centro nervoso, dove ha sede il focolaio morboso o placca.

La sclerosi disseminata a placche è una malattia studiata da poco. È rara, ma non rarissima.

Prima si confondeva colla paralisis agitans. Charcot e la sua scuola l'hanno benissimo studiata, ed hanno distinta l'una forma dall'altra. È rarissima nell'età avanzata. Roncati dice: casi di sclerosi a placche non esserne osservati al di là dei 55 anni. Dal 69 a questa parte se ne sono pubblicati molti casi, ma in nessuno l'infermo ha presentato un'età tanto avanzata. Questo caso quindi merita importanza appunto per i 67 anni dell'infermo. Più frequentemente si suole osservare fra i 30 ed i 35 anni. Non è insolita nei bambini. Se ne registra un caso, onde si ammette la possibilità della sclerosi nella tenera età.

Altri, pria di Charcot, aveva richiamato l'attenzione su questa forma morbosa, che anticamente si confondeva pure, oltre che colla paralisis agitans, con altre malattie spinali. Charcot tuttavia fu quello, che si fermò sopra i fenomeni caratteristici, significativi della sclerosi, e massime sul tremore, che descrisse minutamente e graficamente. Il tremore è a forma ritmica, ma il ritmo non è uguale in tutta la sua manifestazione, ma ha varii periodi, in cui ora è, come dicemmo, accelerato (massimo d'intensità, violenza, e di frequenza delle oscillazioni), ed ora ritardato (minimo) e l'attacco or dura a lungo, or per breve tempo; e ciò indipendentemente dalla volontà dell'individuo e senza perdita della coscienza. Morselli perciò vorrebbe chiamare il tremore: paracinesi, perchè si sviluppano movimenti, che non sono nell'intenzione dell'infermo.

Una grande attenzione pertanto nel principio, che si co-

minciò a studiare questa malattia, si rivolse a separare il tremore della sclerosi disseminata a placche da quello della paralisis agitans e da altri tremori.

Nel caso di paralisis agitans, che abbiamo presentemente in sala il tremore è ritmico, ma continuo; e mentre nella sclerosi a placche, per determinarsi, bisognano i movimenti intenzionati.

Di più mentre nella paralisis agitans, specialmente nel principio, il tremore è limitato ad un arto solo (superiore destro o sinistro), nella sclerosi si sviluppa in entrambi i lati: nella prima se c'è tremore del capo, esso non è che comunicato dall'arto affetto, mentre nella sclerosi a placche come nel nostro individuo, è proprio: e la differenza fra l'una e l'altra genesi di tremore, cioè se è comunicato o diretto, lo vediamo dalla sua intensità, poichè il primo è minore del secondo. Diverso pure è il modo di compiersi del tremore nell'una e nell'altra malattia: nella paralisis agitans le dita si dispongono in atto di chi fila o fa pillole, nella sclerosi le dita o rimangono distese o si piegano, senza però oscillare: la forza, l'ampiezza delle oscillazioni, il numero, la direzione sono tante altre qualità in cui differisce l'una dall'altra specie di tremore; ed in vero nella paralisis agitans più che scosse si hanno oscillazioni, e nella sclerosi più che oscillazioni si hanno scosse, capaci di sviluppare i 10 chilogrammi di forza misurata col dinamometro, nel nostro caso. Se le scosse della sclerosi a placche fossero continue, come le oscillazioni della paralisis agitans, difficilmente lo infermo resisterebbe ad esse, mentre colla paralisis agitans si tira innanzi, e ciò, di cui si lagnano gli infermi, non è tanto la violenza delle oscillazioni quanto la loro continuazione.

Dunque per la continuità, per la forza, per il modo di nascere e di esplicarsi, e per la sede, il tremore della paralisis agitans non può affatto confondersi con quello della sclerosi.

Benchè l'infermo ha 67 anni, ed a quest'età può benissimo riscontrarsi il tremore senile; in questo la forma non ha nulla di tremore senile. Questo s'accompagna a debolezza ed atonia muscolare; le oscillazioni perciò sono lente e

non giungono all'enorme numero di 345 al minuto. Il tremore senile dunque ha qualità distinte dal tremore da sclerosi a placche.

Per escludere poi il tremore da alcoolismo, basta dire che l'infermo non è stato mai beone. Il tremore dei beoni poi cessa o diminuisce col bere dell'alcool e del vino, mentre queste sostanze nessuna influenza spiegano sul tremore della sclerosi. Al tremore dei beoni si associa il delirio, che nel nostro caso manca. Come si vede, tocchiamo i punti principali per essere brevi, perchè molte altre differenze non permettono di confondere l'una coll'altra forma clinica.

I movimenti coreici veramente crescono, quando sono intenzionati; però il loro aumento si verifica altresì indipendentemente dall'intenzione: basta infatti guardare un bambino coreico in faccia, perchè questa, senza che l'individuo ne abbia la intenzione, compia molte smorfiature.

Charcot in proposito fa notare un fatto, che è verissimo: nella corea l'atto intenzionale sbaglia nella direzione mentre nella sclerosi a placche la mano arriva al punto determinato, se il tremore non è intensissimo, ma percorrendo una via più lunga; non traccia una retta, ma una linea spezzata, angolosa; ed infatti se ad un bambino coreico si dice di portare l'oggetto, che ha in mano, in bocca, crede di giungere a questa, quando invece l'oggetto si avvicina all'orecchio: l'infermo al contrario, che soffre di sclerosi, stenta molto, l'oggetto viene sbattuto di qua e di là dalle scosse del tremore, ma dopo qualche tempo di lotta, riesce ad avvicinarlo ed anche fissarlo colle labbra. D'altronde il tremore nella corea si verifica lo stesso col riposo mentre nella sclerosi esso diminuisce o cessa. Negli adulti infine la corea e rara, ma più resistente che nei bambini.

Nella tabe dorsale progressiva o atassia locomotrice progressiva, se si pone attenzione non si hanno scosse ritmiche: esistono i movimenti, ma non sono coordinati; e perciò o si grande forza nel prendere un oggetto, laddove non si richiede tanto sforzo, o la incordinazione è talmente avanzata da non potersi prendere affatto. Non ci sono però nè oscillazioni, nè scosse. L'atassico barcolla

qua e là. Gli arti inferiori sono quelli, che più d'ogni altro organo sono affetti nella loro funzionalità. Or il nostro infermo cammina sicuramente, come se nulla avesse, salvo il tremore della testa: anzi i più conservati dagli attacchi dei movimenti ritmici sono gli arti inferiori, e quindi è ozioso insistere ulteriormente su questo esame differenziale.

In un caso soltanto la diagnosi differenziale potrebbe essere difficile: che, siccome i focolai della sclerosi, in quanto alla sede non hanno legge determinata, possano altresì attaccare i cordoni posteriori del midollo spinale e mentire l'atassia locomotrice, la cui lesione organica è altresì riposta nei cordoni medesimi: tuttavia l'indebolimento degli organi genitali, l'andamento progressivo della malattia, il complesso dei fenomeni nervosi indicano che non si tratta di sclerosi a placche propriamente detta, ma di tabe dorsale.

In questo avvelenamento qualche volta si suscita tremore nei movimenti intenzionati, ma esso non ha la forza, nè la rapidità delle scosse del tremore da sclerosi a placche.

Molti lavori, di questi ultimi anni, dimostrano in modo evidente e preciso i gravi danni dell'oppio e dei suoi alcaloidi sulla nutrizione del sistema nervoso, la cui alterazione si rivela altresì col tremore delle membra. Il nostro infermo non ha fatto uso di oppiacei.

Negli alienati si può avere un tremore che rassomigli a quello della sclerosi, ma il notevole perturbamento delle facoltà intellettuali mette in chiaro ciò di cui veramente si tratta.

Non tutti i casi di sclerosi a placche sono netti. Come per qualunque altra malattia, esistono i casi complicati ed oscuri. Strümpell parla di due diagnosi sbagliate al controllo della necroscopia, nella quale si trovò in un caso la mielite trasversa. Le difficoltà sono maggiori, quando la malattia comincia latente, o con disordini cerebrali, o con disordini della favella, o della vista ecc., perchè allora si pensa ad altre forme morbose: alle volte accade di confonderla colla paralisi bulbare, se il disordine del linguaggio, è complicato alla sclerosi. Il tempo, in cui si osserva l'ammalato, non è indiffe-

rente per l'esatta diagnosi: infatti non di rado accade che in un certo periodo avvanzato cessa il tremore, e subentra la paralisi, ed allora le difficoltà aumentano, non osservando in atto il tremore tipico della sclerosi.

Il senso sessuale, la funzione urinaria, la defecazione, la forza muscolare in genere si conservano d'ordinario bene nella sclerosi a placche.

In questa malattia esistono periodi di tempo, in cui il tremore è lieve; periodi, in cui è forte; periodi, in cui manca: ed allora, mancando, bisogna interrogare l'anamnesi per farci un concetto della malattia.

Dunque anche il tremore, che è tanto caratteristico della sclerosi, può mancare ed esserci sclerosi.

Molte volte questa malattia ha lunghe tregue, che possono simulare la guarigione, se non che viene sempre il momento, quando meno lo si aspetta, in cui il tremore ricomincia in seguito ad una causa occasionale qualunque, per esempio, come qui, in seguito ad un dispiacere.

Come avvenga il tremore, e se sia necessaria la complicazione di focolai nel cervello non è ancora spiegato.

Possiamo citare nient'altro che delle ipotesi: si crede, ad esempio, che l'alterazione risieda nel cilindrasse dei nervi; la corrente nervosa intenzionata apporta un eccitamento abnorme, e perciò abnormemente pure deve rispondere l'apparato nervoso allo stimolo: poi in un periodo tardivo viene la paralisi del centro nervoso, che non risponde più, onde la mancanza di movimento, la paralisi di moto. Le placche scaglionate lungo il tragitto dei nervi ottici producono per la stessa ragione l'indebolimento della vista, e lo stesso dicasi degli altri sensi specifici.

A secondo della sede delle placche la sclerosi si divide in cerebrale, spinale e mista. Nel caso nostro non havvi alcun dubbio che la sede delle placche rimonti molto in alto del midollo spinale, in quella porzione cioè, da cui si spiccano i nervi motori, che innervano gli arti medesimi e i muscoli del collo.

La sclerosi a placche, qualunque sia la sua varietà, ha sempre la stessa evoluzione, cioè: aumento del tremore in un periodo, paresi o paralisi nel periodo consecutivo.

Si hanno pure da temere fenomeni concomitanti, quali sarebbero per accennarne alcuni: alterazioni delle facoltà intellettuali, paresi o paralisi della vescica e del retto, piaghe di decubito, complicanze, che sono comuni a un gran numero di malattie nervose. Le tregue dunque sono illusorie.

In conclusione, malgrado che nel nostro caso manchi buona parte dei fenomeni nervosi, che sogliono accompagnare la sclerosi a placche, per esempio la diplopia (che è frequente ad osservarsi), la mancanza di forme paretiche, l'indebolimento della memoria, tuttavia il tremore è tanto caratteristico, che fa di questo caso una forma tipica, netta di sclerosi disseminata a placche.

È inutile dire che la prognosi è grave.

Terapia. La maggior parte dei rimedii che s'adoperano non sono seguiti dagli effetti che si desiderano.

Lo scopo della cura è quello di ritardare, se è possibile, l'evoluzione della malattia; ma ancora è difficile trovare un rimedio che arresti il decorso morboso o almeno lo ritardi, quando il morbo ha un'evoluzione fatale.

Ad ogni modo si tentano con qualche vantaggio il bagno caldo, che riesce sedativo di tutti i tremori, la corrente elettrica costante, di cui tanto grido si fece anni addietro, vantandola nell'atassia locomotrice. Perchè si veda qualche miglioramento, si richiedono mesi di cura, ed allora, se miglioramento c'è, restiamo spesso nel dubbio se debbasi attribuire ad una fase di miglioramento spontaneo o alla elettricità.

Una cura causale non si può sempre fare, perchè oscura è l'etiologia della sclerosi. Se c'è sifilide, si dà benissimo il ioduro di potassio con qualche speranza di miglioramento senza però negare che ciò che è distrutto, non è possibile ripristinarsi. Se l'infermo si è esposto ad infreddamenti, che sono la causa sin'ora meglio riconosciuta, si proteggeranno gl'infermi contro le ulteriori influenze reumatiche.

Nel nostro caso, essendoci un po' di ateromasia e di aritmia, bisogna essere cauti nella prescrizione dei bagni caldi, che per recare qualche giovamento devono essere prolungati e ripetuti (30-40 bagni).

Si consiglia il riposo, la giacitura nella posizione orizzontale, che riesce più comoda, in quanto che non desta il tremore, anzi lo calma o lo arresta.

Si dà un po' di chinino contro il tumore cronico della milza.

L'arsenico, che oggi è riconosciuto come un ottimo rimedio del sistema nervoso (forse con qualche esagerazione) e come ottimo rimedio contro la malaria cronica, si può dare benissimo, cominciando con 4 gocce e giungendo sino a 15 al giorno.

Contro la forma reumatica vale pure il ioduro di potassio alla tenue dose di 1[2 grammo per giorno.

Durante la degenza dell' infermo in Clinica , cioè dal 13 aprile al 4 maggio osservammo :

Temperatura normale. Polso in media 64-68. Respirazioni 20-24. Stitichezza. Undici forti accessi di tremore verificatisi or spontaneamente ed or nei movimenti intenzionati. Qualche volta accadeva che il tremore si verificava in un braccio solo, destro o sinistro, e che le oscillazioni, quando il tremore era in entrambi gli arti , non si compivano nello stesso tempo, bensì colla stessa forza e nello stesso numero , nell' uno e nell' altro arto: la cessazione del tremore si verificava in ambo gli arti contemporaneamente (1).

Si usò la corrente indotta e continua, non si vide alcun miglioramento.

Palermo 15 Maggio 1885.

---

(1) Si noti, è questo è molto interessante, che non si verificava il tremore *ogni volta* che l' infermo faceva dei movimenti intenzionati. Onde è inesatto quello, che da tutti si dice, cioè che i movimenti intenzionati debbono essere seguiti o accompagnati dal tremore.

NATURA ED ORIGINE DELLA DELINQUENZA

Nota di G. SERGI.

Con questa nota ho voluto delineare i tratti caratteristici pei quali la delinquenza trova la sua spiegazione naturale nella biologia patologica; e, seguendo i risultati dell' antropologia criminale unitamente alle mie osservazioni personali, ho creduto di stabilire alcuni principi e trarre alcune conclusioni generali che possono valere pel significato e per la genesi del fenomeno. Seguiranno a questo studî più particolari e più completi.

I.

Il lettore sa che pel concetto comune e dominante finora fra gente indotta e colta il delinquente è un uomo in condizioni fisiche e psichiche perfettamente simili agli altri uomini normali e sani di condotta, e che perciò il delitto costituisce un fatto di cui il delinquente ha piena responsabilità, come che egli sia in grado di non commetterlo, volendo, o di evitarlo, se crede opportuno; e che commesso, il reo merita una pena corrispondente alla natura del misfatto e secondo le sue intenzioni, a doppio scopo, perchè la pena serva di emenda al reo medesimo e di esempio agli altri.

Contro di questo concetto, da qualche tempo, è sorto un altro, che è l'espressione dello studio naturale del delinquente, e che costituisce una scienza o un ramo di scienza col nome di antropologia criminale. Ed è parimenti noto a tutti che Lombroso in Italia è stato l'iniziatore della nuova scuola, seguito poi dal Ferri, in modo principale, e per le applicazioni al dritto penale, e da altri non pochi, psichiatri e criminalisti. Fuori d'Italia parecchi illustri nomi battono la stessa via, e basta ricordare Maudsley in Inghilterra, Benedikt a Vienna, Flesch a Wurzburg, e Bordier, Lacassagne, Manouvrier in Francia; e taccio di molti altri che sarebbe lungo qui enumerare.

Invero secondo il nuovo concetto sulla natura del delinquente non vi è stato un perfetto accordo nelle opinioni degli osservatori nel definirne il carattere; chè alcuni hanno creduto che il delinquente rappresenti un'atipia fra gli altri uomini normali e tipici, secondo altri è una varietà della razza umana, o ricorda gli antenati selvaggi da cui discende direttamente l'uomo civile presente, e perciò esso è un'apparizione atavica, un'anomalia. Ma vi ha chi lo considera una pura degenerazione morbosa tanto fisica che psichica. Tutte queste opinioni, che paiono divergenti, hanno però un fondo comune concorde nel concetto che il delinquente è uomo anormale, una deviazione dell'uomo sano di condotta. Gli avversari della dottrina si giovano di queste divergenze per batter contro la nuova scuola, mentre altri stanno perplessi e non sanno decidersi, guardando più all'apparenza che alla sostanza della cosa stessa.

Il fondamento reale per simili opinioni sta nell'aver trovato anomalie d'ogni genere fra i delinquenti, anomalie morfologiche, dico, tanto nel cranio che nella faccia, nel cervello anche spiccatamente, ed in qualche altro organo o viscere. Aggiungansi a queste anomalie propriamente dette alcune deformità, come le orecchie ad ansa, e poi certe morbosità concomitanti, sia limitate che generali, e specialmente alcune forme di alienazione mentale e l'epilessia in modo spiccato.

Si è calcolato il tanto per cento di anomalie e di deformità e di malattie speciali del cervello, fra i delinquenti; e vi ha chi fra loro ne ha trovate più che nei sani, o uomini liberi non imputati di alcun crimine. Vi ha chi trova questa proporzione o eguale o rovesciata, e perciò non si crede in dritto di fare induzioni da questa morfologia anormale per la natura della delinquenza. Quindi contraddizioni ed opposizioni fra sostenitori ed avversari della nuova dottrina. E qui per incidenza dico che la maggior parte delle discordanze dei dotti e dei risultati deriva, come a me sembra, dai differenti modi di ricerca e dalla parzialità delle ricerche medesime; chè uno si contenta delle osservazioni sul vivo, altri sul solo

scheletro, altri sul cervello soltanto. I dati, quindi, sono parziali e frammentari. E qui gli avversari che guardano con un solo occhio, spesso incompetenti, per mancanza di capacità scientifica, vorrebbero trovare il debole della nuova dottrina per cacciarla in fondo, osservando che queste varietà, anomalie e simili fatti, non hanno alcun valore e significato per la delinquenza, e perciò l'antropologia criminale non ha fondamento reale e solido (1).

Voglio riferire un esempio di divergenza fra uomini competentissimi e per ogni riguardo eminenti. Il Benedikt in uno studio di cervelli di delinquenti (2) dichiarava atipica la morfologia di siffatti cervelli, ed a questa atipia attribuiva la causa della delinquenza. Ma contraddiceva a questa sua conclusione il Giacomini nelle *Varietà delle circonvoluzioni cerebrali dell'uomo* (3).

In questo momento il Tenchini pubblica un lavoro della medesima natura (4), e pure affermando che l'opinione di Benedikt non trova appoggio, e che le sue ricerche concordano con quelle recenti del Flesch, del Giacomini, del Rüdinger e d'altri, ha cura di aggiungere: « Nondimeno le anomalie del cervello dei criminali a me si manifestano frequenti e svariate, in proporzione maggiore che

---

(1) Questo lavoro era stato fatto molto tempo innanzi che il sig. A. Gabelli pubblicasse il suo articolo nella Nuova Antologia, 16 agosto 1885, *La nuova scuola di dritto penale in Italia*. Dalla lettura di questo articolo si conferma un fatto che ogni scienza, anche la più esatta, trattata in modo leggiero e superficiale e con aria ridicola, corre il pericolo di esser trovata strana e su fondamenti falsi o insussistenti. Mi duole il dirlo, l'Autore dell'articolo ha trattato la materia come chi voglia scrivere di lingue comparate senza conoscere le lingue di cui si occupa. Ciò specialmente per la parte antropologica Sul libero arbitrio ha ripetuto le cose ordinarie, ma perchè ha ricordato Schopenhauer e non Romagnosi? poichè la *Genesi* del Romagnosi è fondata sulla negazione del libero arbitrio.

(2) *Anatomische Studien an Verbrecher-Gehirnen*, Wien. 1879.

(3) Torino, 1882. Vedi lettera aperta al prof. C. Giacomini del prof. M. Benedikt. *Sulla questione dei cervelli dei delinquenti* 1883. Estr. Gazzetta delle cliniche.

(4) *Cervelli di delinquenti*. Parma, 1885.

negli uomini dabbene, esaminati pel confronto. E forse è appunto in questa peculiare ricchezza di forme anatomiche, forse è in questa stessa *atipia*, ammessa come predisponente alle malattie, che devesi vedere il carattere e insieme il fatto più interessante nello studio dei delinquenti (1) ».

Questa dichiarazione è più notevole della riserbatezza che egli si propone, ed io le attribuisco un gran valore, letto ed esaminato tutto il suo lavoro coscenzioso ed importante. Nella superficie metopica, sola descritta, in 32 cervelli di delinquenti, uno soltanto aveva le circonvoluzioni perfettamente normali; 31 mostrano, varietà, anomalie, dupplicità, interruzioni di solchi e scissure, o tipo differente.

Innanti a tutto questo movimento di ricerche affermative e negative a me pare senza dubbio che una realtà si assodi, cioè a dire che *nei delinquenti si trovano anomalie, mostruosità morfologiche, morbosità costituzionali, o speciali, malattie del sistema nervoso e particolarmente del cervello*; chi ha pratica delle carceri, chi ha osservato delinquenti d'ogni tipo, se ne accorge subito di questi fatti.

Ed oltre alle anomalie morfologiche si trovano anomalie funzionali, quali sono quella della sensibilità generale e speciale, o deviazione e diminuzione della dolorifica, anomalie di movimenti, della circolazione sanguigna, e di altre funzioni fisiologiche. Ed è certo merito grandissimo del Lombroso principalmente di avere ricercate tutte queste grandi e piccole forme anormali e morbose nei delinquenti, di averle poste in relazione fra loro e la manifestazione criminosa, come di avere richiamata l'attenzione degli altri osservatori, che hanno fornito un gran numero di fatti (2).

---

(1) Op. cit. Pref. p. VI.

(2) *L'uomo delinquente* del Lombroso contiene e raccoglie tanto le sue osservazioni personali che quelle di altri, su questo fatto, e dà agio a chiunque di vedere quanta degenerazione morfologica e funzionale esiste nei delinquenti. Il lettore non ha che a consultare quel libro in modo principale, se vorrà vedere la copia dei fatti.

Guardiamo questi fenomeni sotto il punto di vista biologico, e vedremo quel che significano e rappresentano.

Nell'adattamento alle condizioni di esistenza nella vita animale in genere, come nell'umana, occorrono variazioni individuali, le quali si possono conservare e perpetuare nei discendenti, se sono state utili alla conservazione della vita. Queste variazioni nella lotta per l'esistenza esprimono un miglioramento, la forza di resistenza biologica del vivente, e sono perciò utili agl'individui ed ai loro discendenti. Nelle medesime condizioni di esistenza non tutti gl'individui si adattano perfettamente, ma, invece, per varie circostanze che possono occorrere nel periodo della vita individuale, fin dal concepimento, alcuni non si sviluppano normalmente nei loro organi e nelle loro parti, e perciò portano i segni dell'inferiorità della loro natura organica, con arresti di sviluppo totale o parziale, con deformazioni più o meno estese, che indicano chiaramente la poca resistenza alle condizioni esterne di vita per deficienza originaria di energia. Altri individui, per circostanze finora ignote, riproducono alcune forme che non sono proprie delle specie umane, ma ricordano l'animalità da cui è sorto l'uomo, e con cui l'uomo ha avuto comune l'origine.

La mancanza di adattamento, nel primo caso, dimostra debolezza nativa, originaria negli individui stessi; e questa chiameremo, per intenderci, *degenerazione primitiva o nativa*. Nell'altro caso vi ha *atavismo* propriamente detto; e questo può essere *preumano*, perchè si riferisce a forme non proprie dell'uomo; ed *umano*, se deriva direttamente da antenati umani. In quest'ultimo caso può trovarsi una serie di fatti, anomalie morfologiche propriamente dette, anomalie funzionali concomitanti, degenerazioni che apportano morbosità generale e speciale, come alienazione mentale od altro fatto simile, tisi, tubercolosi, scrofola, e così via.

Ma vi ha ancora una *degenerazione secondaria o acquisita*, che nasce appunto nel corso della vita individuale senza motivo ereditario, o embrionale, o per mancanza di adattamento alle condizioni di vita. Deriva invece dal modo

di vivere contrario alle condizioni biologiche, sia per fatto dell'alimentazione, che per abuso di bevande alcooliche, o per eccessivo lavoro fisiologico, tanto nella funzione sessuale (ed in questo caso può esservi abuso in forma patologica), che per altro lavoro, senza il compenso adeguato nella nutrizione e nel riposo. A tutto ciò si aggiungano tutte le accidentalità della relazione coll'ambiente fisico, donde le malattie che si contraggono senza causa precedente, ma che apportano sempre la degenerazione individuale, anemia, cachessia, denutrizione di ogni tipo, generale o speciale, malattie del sistema nervoso e del cervello in particolare.

La morfologia atavica è un fenomeno di degenerazione? Biologicamente io non ammetto dubbio di affermarlo. Se le forme umane esprimono un progresso sul resto dell'animalità, un caso in cui si manifesti ritorno allo stato inferiore primitivo, qualunque sia la causa, è una degenerazione.

Perciò, un terzo condilo occipitale accenna alla morfologia dei vertebrati inferiori, ed è una forma degenerativa; la fossetta occipitale mediana del Lombroso, o vermiana dell'Albrecht e dal Chiarugi, è un fenomeno analogo (1); così parimente per certe forme o suddivisioni delle circonvoluzioni cerebrali del lobo frontale e per certi altri fatti che implicano un ritorno atavico e perciò degenerativo nelle razze umane.

Ed io sono pienamente del parere del prof. Romiti che « le proprie varietà anatomiche nell'uomo devono sempre riferirsi ad una analogia coi bruti » (2). Senza di ciò non sarebbe possibile una qualche spiegazione razionale di sif-

(1) Benchè il Chiarugi inclini a dare un' altra spiegazione a questa fossetta, a me pare che in realtà risulti lo stesso per la sua origine. Cfr. *Delle omologie e dei rapporti reciproci della fossetta occipitale media, del lobo mediano del cervelletto nell'uomo e negli altri mammiferi.* Siena 1885.

(2) Cfr. *Una osservazione di terzo condilo occipitale nell'uomo.* Siena 1885. Rendiconto degli atti della Società Toscana di scienze naturali. Vol. VII, fasc. I, pag. 6.

fatte anomalie, come non sapremmo in alcun modo renderci ragione della loro origine (1).

Ammesso dunque che vi possano essere tante forme di degenerazione, cioè la *primitiva* e l'*acquisita*, la *regressiva* o *atavica*, si domanda che relazione esse hanno colle funzioni fisiologiche e le psichiche in ispecie.

Senza dubbio le strutture hanno una corrispondenza alle funzioni, e quindi si presenta subito l'induzione naturale, che anche vi sieno funzioni disturbate o degenerate; donde enunciamo un principio: *ogni segno degenerativo morfologico è segno o indizio di degenerazione funzionale.* Il qual principio, per noi, sarà grave di conseguenze nella ricerca della delinquenza e di ogni altro fenomeno che vi si avvicini.

La generalità di questo principio farà meravigliare tutti coloro, i quali ammettono bensì che nei delinquenti si possano trovare anomalie e forme degenerative d'ogni genere, ma che credono parimente alla presenza di siffatti segni nelle persone che non sono delinquenti, persone libere e che passano per oneste e dabbene. Ma il lettore paziente vorrà attendere ancora un poco prima di giudicare o di respingere il principio enunciato.

Se noi delle persone giudicabili e comparabili facciamo tre categorie, cioè di quelle che vivono libere e stimate sane di condotta e dabbene, di quelle in condizione morbosa per fatto di alienazione mentale, e dei delinquenti, noi possiamo esser convinti del fatto che fra gli alienati non solo non mancano le anomalie, ma sono frequentissime, e dove queste non appariscono, sono visibili altri segni degenerativi, siano derivati essi per eredità, o da cause individuali acquisite. Del resto è certo che possiamo affermare che gli alienati tutti solo per fatto della loro malattia sono degenerati. Ciò che nella vita non è visibile, dopo morte si fa manifesto per mezzo dell'autopsia.

---

(1) Vedasi una memoria importante del D.r P. Blanchard. *L'Atavisme chez l'homme.* In Revue d'Anthropologie 1885 fasc. 3,° — Tapani. *Della presenza di un terzo condilo occipitale nell'uomo.* In Archivio per l'Antropologia XV vol. fasc. I, 1885.

Quindi si può affermare per questi, senza tema di errare, che i segni degenerativi somatici, o i visceri anormali o morbosi, sono indizio sicuro della funzione psichica morbosa.

Fra i delinquenti, però, molti obbiettano, ed a ragione, che non sempre esistono questi segni o indizi di degenerazione, perchè in alcuni, durante la vita, si trova bella apparenza, sviluppo normale e apparente condizione sana di spirito. Escludiamo un poco questi delinquenti senza indizi, e troviamo che un buon numero li ha però, e quindi può collocarsi nella classe di coloro che avendo i segni di degenerazione morfologica, portano l'indizio di degenerazione funzionale.

E di quella porzione che non mostra gl' indizi, che direte? mi si obbietterà. Risponderò un poco più avanti completamente, ma per ora osservo che non di tutti questi individui che nella vita appariscono ben formati e senza anomalie e segni degnerativi, si è investigato dopo morte l'interno dei loro visceri per vederne lo stato, e se anche colà ci fosse qualche indizio.

Passiamo alle persone dette sane di condotta e di mente, che rispettano la proprietà e l'ordine, o morali. Qui è il punto più difficile; molte, secondo le ricerche fatte, portano segni di degenerazione, specialmente anomalie, asimmetrie, e così via; altre non ne portano affatto: e le une e le altre sono considerate parimente oneste ed inappuntabili, non delinquenti.

Chi è addentro un poco nella psicologia giornaliera e della maniera come questa si manifesta nel seno delle diverse classi sociali, nei fatti comuni, interessi d'ogni genere, intrighi, relazioni amorose, adulteri, perciò, e violenze, o seduzioni lente e pacifiche, abbandono delle famiglie, senza gravi conseguenze qualche volta, perchè tutto è sedato dalla forza del denaro, e dai mezzi che ogni uomo può disporre, relazioni sociali, ed altro; chiunque è addentro a tutti questi fatti della vita, e aggiunga la maldicenza, la calunnia nociva, le appropriazioni indebite sotto apparenza onesta, la violenza e l'assassinio sotto la speciosa livrea cavalleresca del duello, al quale alcuni consacrano

gran parte della loro energia fisica, e si permettono d'ingiuriare e di oltraggiare, perchè si fanno temere, e di vendicarsi sotto l'apparenza di una riparazione d'onore; se a ciò aggiunga ancora le piccole malizie, molte innocue, ma che manifestano l'animo ladro, le scrocconerie di chi fa professione di difesa legale; allora io dico che egli si accorgerà come nel seno delle persone libere della città e della compagna vi si trovi un gran numero d'individui che sfuggono all'azione penale, che passano per persone oneste che fanno bene i loro affari; di un numero di persone le quali sono note per la irregolarità della loro condotta, ma che non possono incorrere nell'azione penale, solo perchè il codice non contempla certi fatti ed azioni. Noi chiameremo questa la *piccola delinquenza*.

Se questo si passa per vero, com'è, e non vi ha dubbio alcuno, segue una conseguenza naturale, cioè, che se noi troviamo anche fra le persone libere segni degenerativi, non dobbiamo punto meravigliarci; essi sono egualmente segni della degenerazione psichica, o funzionale in genere. Tutte le persone imputabili di quelle cattiverie, di cui abbiamo fatto cenno, sono certamente in uno stato poco elevato della psiche, ed appartengono a degenerati: la differenza è di gradi, non di natura. E ci affrettiamo di aggiungere che per alcuni casi speciali non solo non vi ha differenza di gradi, ma può anche accadere che alcuno superi il delinquente giudicato dalla giustizia e dal mondo, perchè ha tanti mezzi di nascondere la sua delinquenza ed imagina nuove maniere e seduce e corrompe molte persone.

Queste affermazioni non sono nuove, nè inventate da me, perocchè molti di questi individui sono noti nell'ambiente in cui versano, per la loro perniciosa attività, e dove esercitano le loro male arti. Difatti vi sono persone che esercitano professioni elevate e che vengono riconosciute per la loro condotta reprensibile, come molti piccoli e grossi trafficanti sono noti per la loro scorretta maniera di esercitare il mestiere. Io richiamo l'attenzione su questi fatti, perchè se ne faccia la giusta estimazione, e non si creda che solo fra i delinquenti giudicati e condannati esista la degenerazione della psiche coi segni esteriori fisici.

Quindi noi siamo autorizzati di affermare che solo una gradazione vi ha fra i fenomeni manifestati di degenerazione che conduce alla delinquenza chiara, e quelli che dànno una delinquenza non imputata, che non incorre nell'azione penale, fra la grande o la piccola delinquenza; e che quindi solo vi ha un limite fittizio fra l'una e l'altra, pel quale ordinariamente esiste la vera delinquenza, ed oltre di esso non se ne ammette alcuna come tale. Ma se mettiamo insieme le due classi, prima di tutto troviamo raddoppiato il numero, se non triplicato, perchè crediamo che la prima classe, la piccola delinquenza, sia superiore di numero all'altra; secondo troviamo che il numero dei degenerati è maggiore di quello che l'antropologia criminale finora ha calcolato. E subito trovasi la spiegazione del fatto che anche fra le persone non stimate o giudicate delinquenti esistono le anomalie ed altri segni di degenerazione fisica e perciò psichica.

Certamente non possiamo sottomettere ad esame antropologico le persone che passano per oneste, chè la delicatezza non permette, e poi nessuno si presterebbe a simile analisi, come si prestano per necessità i delinquenti rinchiusi. Dobbiamo perciò contentarci di affermazioni senza cifre statistiche, che sarebbero indiscrete e forse pericolose.

Ma se questa spiegazione generica sulle anomalie ed altri segni degenerativi può valere per le classi di persone non imputate, subito un'altra obbiezione può venir fuori: se questi segni di degenerazione hanno un valore così efficace da mostrare che essa ha potuto ingenerare la delinquenza spiegata ed imputabile, com'è che simili segni non abbiano avuto lo stesso effetto e la stessa efficacia per la piccola delinquenza?

Vero è ciò, se i segni di degenerazione sono segni del grado di simile degradazione funzionale; e davvero esistono dei casi in cui non vi ha alcun dubbio di ciò. I cretini incendiari, p. e., mostrano chiara la loro degradazione per segni esteriori, per gl'indizi di cui parliamo; così ancora certi omicidi feroci, che ho potuto osservare, hanno nel loro aspetto questi segni che li collocano fra esseri degenerati di molto, e fra gli ultimi osservati ricordo

di un condannato a morte, P. F. di anni 28, il quale ha il braccio destro circa 7 centimetri più corto del sinistro, la scapola destra rilevata all' angolo interno , la branca ascendente destra della mandibola enormemente sviluppata, mentre la sinistra è regolare, donde una faccia asimmetrica. Si aggiunga a questo stato di deformazione fisica, che è un effetto dello sviluppo imperfetto, la febbre palustre e la cachessia di cui è affetto, e il melanismo cutaneo che gli ha già invaso tutta la faccia. Se si studiano le cause in questo delinquente, si trovano nell'eredità, come avrò occasione di dire altrove. Qui ci basti dire che la deformazione esteriore , che è una degenerazione, è un indizio vero della degenerazione psichica insieme alle altre funzioni fisiologiche. Ma non è sempre questo il caso: qualche volta il segno esteriore è piccola cosa, o indifferente a primo aspetto, non pertanto di fatto della degenerazione psichica è grande riguardo al segno esterno. E per inverso, vi sono casi in cui gl'indizi sono apparentemente maggiori che non la degenerazione pei fatti manifestata.

Questa osservazione non distrugge il principio sopra emesso, in nessun modo, solo ne ammette un secondo che completa il primo, e che è indotto dalle osservazioni ora fatte , cioè *le anomalie o altri segni degenerativi possono in alcuni casi essere indizio di altre anomalie più profonde , non visibili, a primo aspetto , o nascoste , o non scoperte, o difficili a scoprire; in altri casi, invece, questi indizi sono superficiali, non portano con sè altre anomalie, e, quindi, essendovi sempre la degenerazione, questa è limitata.* Perciò può ben affermarsi che in individui perfettamente normali nelle funzioni psichiche e nella condotta possono, qualche volta, trovarsi segni degenerativi, ma queste non riferendosi agli organi delle funzioni sopra indicate, e non estendendosi, rimangono inefficaci: sarebbe una degenerazione morfologica limitata o parziale senza effetti funzionali.

Ma è possibile che alcuno persuaso da questo ragionamento senta subito un altro dubbio, cioè : com'avviene che molti delinquenti non presentano questi indizi di anomalie e di degenerazione. Se è vero che i delinquenti possono

considerarsi come degenerati, i segni non dovrebbero mancare a più forte ragione che questi esistono in casi di assoluta assenza di degenerazione criminosa.

Il lettore ricorderà che sopra abbiamo ammesso varie specie di degenerazione, fra esse vi è quella derivata nel corso della vita individuale. Non è certo per l'anemia o la scrofola che si distingue un delinquente da un individuo sano; alla stessa guisa che esistono casi di alienazione mentale senza motivo ereditario, ma per sopraggiunta morbosità delle funzioni del cervello nell'individuo adulto e sviluppato. Perchè, io dico, non possono darsi casi di degenerazione psichica per degenerazione morfologica in età adulta, senza che vi sieno indizî di atavismo? Quello che suppongo è un fatto, che molti delinquenti solo dall'esame cadaverico hanno dimostrato la degenerazione patita durante la loro vita. E certamente non di tutti i delinquenti finora si è fatta l'autopsia, e si è studiato il sistema nervoso bene a questo scopo. Aggiungo che sul vivo è possibile non trovare indizio alcuno di anomalie morfologiche perchè queste possono essere confinate nell'interno dei visceri. Quindi l'esclusivo esame sul vivo come l'esclusivo esame sul cadavere, non darà la completa dichiarazione del fatto; è necessario dell'una cosa e dell'altra insieme.

Ma se mancano le anomalie morfologiche o i segni evidenti della degenerazione fisica, vi sono quelle funzionali, specialmente quelle relative alla sensibilità generale e speciale. Bene è vero che la funzione è correlativa all'organo; ma di certi organi non siamo in grado di scoprire l'anormalità se non per la funzione. L'imperfetta sensibilità cutanea, come l'analgesia, sono indizio di una condizione anormale dell'individuo, e così parimenti le reazioni vasali, e altre forme funzionali disturbate o deviate (1).

Dovrei aggiungere ancora un altro fatto di somma importanza, cioè, che vi ha una classe di delinquenti, che è stata portata alla delinquenza per degenerazione funzio-

---

(1) Cfr. Lombroso. L'*uomo delinquente* 3ª ediz. 1884. Torino pag. 327-362.

nale acquisita, senza che morfologicamente vi sia stato alcun motivo; vale a dire per l'ambiente viziato, nel quale gl'individui sono vissuti, e pel quale le loro funzioni normali d'origine hanno deviato e preso la piega viziosa. Allora è inutile lo sforzarsi a trovare in questa classe alcun segno di degenerazione morfologica primitiva o di qualsiasi anomalia.

Infine devo dire che vi ha un campo inesplorato finora circa alla dilinquenza come per la fisiologia normale in genere, cioè quello sulla natura e qualità della sostanza nervosa che compone il cervello, e sulla quantità morfologica utile e necessaria alla funzione in pieno sviluppo. Queste ricerche, se si faranno, potranno menare a conclusioni più soddisfacenti che non la misura dei diametri del cranio e del suo indice cefalico; perchè, per me, questo rappresenta semplicemente un carattere di razza nelle sue variazioni individuali, e non altro; e nella lunga serie di queste variazioni, anche ammesso che vi sia una deviazione, un cranio di forma normale e simmetrico non potrà mostrarla o darne indizio alcuno, presentandosi sempre come una variazione individuale.

Dalle osservazioni che abbiamo fatto su sani e su delinquenti, sulla relazione fra anomalie di ogni tipo o segni di degenerazione negli uni e negli altri, in confronto agli alienati, risulta che il principio enunciato non vien meno affatto, cioè, che *ogni segno morfologico degenerativo è segno di degenerazione funzionale*, e che anzi vien confermato; ma che esistono casi, e molti, di degenerazione funzionale senza l'apparente indizio esteriore morfologico: il che, però, implica che in qualche parte, in qualche modo vi dovrà essere una degenerazione morfologica, perchè la funzione non si produce senz'organi, salvo i casi di denutrizione, p. e., o altro disturbo generale, che, apportando uno stato patologico generale, influisce sulla funzione psichica.

II.

Ma un problema più grave, più grosso direi, è questo: *perchè le anomalie sotto forma di atavismo, e la degenerazione primitiva e la secondaria, devono disporre alla delinquenza?* O, in altre parole, qual' è l' origine e la natura della delinquenza, di cui vediamo segni nella degenerazione?

La chiave della soluzione, in parte, io la trovo nella osservazione degli alienati d' ogni tipo e specialmente degli epilettici. Nessuno metterà in dubbio che questa specie di esseri degenerati, e in varie guise, e per diverse cause, ereditarie, ataviche, acquisite, porti con sè l' impronta e gl' indizi della degenerazione sotto ogni forma e maniera. Chi ha pratica con essi, chi li ha veduti rinchiusi nei manicomi, sa che una parte di questi disgraziati ha impulsi analoghi a quelli dei delinquenti, e degradazione morale, o perdita del sentimento di onore e del pudore, come molti delinquenti di diverso tipo. Io quì non reco esempi, nè faccio particolari, perchè mi riserbo di riferirne altrove e largamente. Fra gli epilettici principalmente questi impulsi e queste morbosità criminose sono comuni, ed il prof. Lombroso ultimamente ha mostrato in una ben elaborata memoria che l' epilessia in ogni forma ed in ogni grado è causa della delinquenza congenita (1).

A questa sua opinione una sola obbiezione avrei da opporre, che non infirma in nulla il concetto, cioè che non sembra provato che ogni delinquente così detto nato sia epilettico o epilettoide, e quindi altre cause, oltre all'epilessia, possano ammettersi per la stessa delinquenza congenita. Ma ad ogni modo le prove che sostengono la sua tesi, dimostrano chiaramente che fra l' epilessia e la criminalità vi ha un punto di contatto, un legame intimo, che ricorda la comune degenerazione, e quindi la devia-

(1) *Identità dell'epilessia colla pazzia morale e delinquenza congenita.* In archivio di Psichiatria e di Antropologia criminale 1885.

zione delle funzioni che si riferiscono alla condotta morale e sociale.

Ma anche altri alienati, altre forme di malattia mentale portano analoghe conseguenze, come già ho detto, fra le quali è a riconoscere la perdita del senso morale e del pudore, senza impulsi o con impulsi contro le persone, e senza che vi si trovi l'epilessia.

Vi sono poi altre classi di alienati, i quali non sono nè impulsivi nè immorali, ma hanno un'esagerazione di un sentimento, che perciò affetta tutte le funzioni, o cadono nell'imbecillità; e questi non hanno che fare coi delinquenti propriamente detti, benchè possa trovarsi un altro legame in questo che molti delinquenti manifestano appunto un'esagerazione di qualche sentimento a scapito di altri, e imbecillità in molti casi.

Questo punto di contatto degli alienati coi delinquenti mi fece scrivere una volta che negli uni come negli altri vi deve essere qualche cosa di morboso; ed il morboso, nel senso generico, esiste, cioè la degenerazione di qualsiasi maniera.

Ma tutto questo che ho detto, non basta, perchè il problema, a me, si presenta di nuovo ed in questa forma: *perchè la degenerazione morfologica e la funzionale devono presentare negli effetti le forme criminose, tanto in alienati dichiarati che in delinquenti?* Indagando ciò si indaga la causa prossima della delinquenza. Tentiamolo.

La degenerazione è stata distinta da noi in tre forme: *atavica o regressiva, nativa o primitiva, acquisita o secondaria.* Tutte e tre le forme possono indurre funzioni anormali, deviazioni, cioè, dalle normali o in opposizione ad esse: queste funzioni anormali possono dirsi in un senso *patologiche*, morbose. E morbose, invero, sono le forme principali che derivano da una causa prossima morbosa morfologica, da una malattia che sopraggiunge al cervello in una delle sue parti, tumori, p. e. rammollimenti, anemia, e simili. Nel caso nostro sarebbe una delle degenerazioni derivate nel corso della vita individuale senza motivo ereditario, o con motivo ereditario qualche volta non manifesto. Del resto non vogliamo fissarci alle parole, ma al significato ed alla cosa in sè.

Cominciamo dalle *anomalie regressive o degenerazione atavica.*

Altra volta parlando della formazione del carattere, accennai alla possibile comparsa delle funzioni psichiche che riguardano il carattere, secondo le condizioni primitive dell' umanità, o dello stato selvaggio. Il concetto non era mio originale, ma della scuola antropologica criminale, che con Lombroso e Ferri, in principal modo, aveva considerata la delinquenza come una manifestazione dell' uomo allo stato di regressione atavica, e perciò come fosse allo stato selvaggio primitivo. Nella formazione del carattere credei di ravvisare una forma spiccata e chiara negli strati primitivi, e aggiunsi che questi strati primitivi, rimasti al di sotto dei nuovi, possano ricomparire o improvvisamente o con attività e vitalità reale, quasi fossero formazioni recenti. Però ancora colà io mi domandava: com' è che possa venir sù questo strato di carattere selvaggio in mezzi agli altri che sono di maggiore attività e sono più adatti alle condizioni sociali presenti?

Ora, dopo altre e nuove osservazioni e pensieri, sono venuto all' idea che la manifestazione della dilinquenza legata alle anomalie regressive morfologiche, è realmente un' espressione atavica, così che vi sarebbe una connessione intima naturale fra la funzione e la struttura.

Là dove, cioè, noi vediamo che vi ha un segno di regressione o di atavismo morfologico, e vi troviamo la manifestazione criminosa, possiamo affermare che in simil caso il fenomeno è un fatto di regressione. Ma si dirà, che un piccolo segno è piccola cosa per indurre ad una funzione così complessa come quella del cervello, spesso in totalità, per sinergia di attività. Sì, è vero; ma quel piccolo segno morfologico visibile è indizio di una struttura intima del cervello, o in una sua parte, che accenni a regressione; donde il fenomeno. Vi si trovano quattro circonvoluzioni frontali, p. e., questo è indizio che anche nella struttura intima vi sia qualche altra formazione atavica, o in qualche parte del cervello, perchè *funzione non si dà senza struttura corrispondente.*

Quindi, credo di potersi affermare che laddove questi

due fatti sono concomitanti, la delinquenza può dirsi un fenomeno regressivo coi segni caratteristici di regressione morfologica. Ed hanno valore, perciò, le osservazioni del Lombroso, del Ferri, del Benedikt, del Bordier, e di altri, sulle varie anomalie che hanno segnalato, ed a cui hanno dato importanza. La fossetta occipitale mediana è un carattere atavico, è perciò indizio di funzione atavica. Si noti, come già dicemmo, che può darsi il caso anche frequente che simili segni sieno limitati dove solo appariscono, e non vi sia alcuna conseguenza corrispondente; è questo il caso degl' individui sani e normali nelle funzioni.

Ma fin dove si estende questo atavismo degenerativo? Generalmente da coloro che lo hanno sostenuto, e anche da me, si è detto che esso si estende fino alla vita selvaggia primitiva umana. Così io stesso, dico, ho pensato parlando della formazione del carattere. Ma due considerazioni mi fanno un poco modificare il mio concetto, cioè: prima, ho osservato che fra selvaggi, anche di più feroce carattere, la violenza e gli impulsi al sangue sono determinati da un motivo che può considerarsi costume sociale, legge di adattamento nella convivenza, per la condizione primitiva in cui vivono, spesso molto prossima all' animalesca. Ma esistono ancora uomini, tribù, allo stato primitivo, in cui la ferocia è un' eccezione. Si troverà questa fra gli Ascianti, a Dahomey, in Africa, ma non fra gli Esquimesi, i Ciucci, e simili. Nel delinquente spesso il motivo a delinquere manca, o è troppo debole per determinarlo all' azione orribile, mentre in lui esiste l' impulso feroce al delitto, o manifesto, sanguinario, o segreto, nascosto, con tutta la malizia, come accade in casi di avvelenamento. E tutte queste azioni, con siffatti impulsi sono contrari, o in opposizione colla sicurezza e la conservazione sociale; il che vuol dire, sono, rispetto alla condizione sociale, diametralmente opposte a quelle delle genti primitive.

La seconda considerazione ha un carattere puramente biologico, ed è questo. Le anomalie morfologiche si riferiscono a strutture *preumane*; nè si possono dire anoma-

lie di struttura umana, chè allora non sono tali propriamente, ma forme patologiche. Un terzo condilo occipitale è una vera anomalia che ricorda la struttura di animali inferiori; la sinostosi prematura di una sutura craniale è un fatto patologico, non una vera anomalia. Noi diamo un'importanza reale a questi due ordini di fatti per la loro diversa significazione biologica. L'atavismo, di fatti, in questo senso e nella struttura si riferisce *all'origine dell'uomo dagli animali inferiori.* Se ciò è vero, perchè l'atavismo funzionale, corrispondente alla struttura, non deve riferirsi anche al carattere animalesco nell'operare?

Tanto la prima che la seconda considerazione mi fanno, dunque, spostare quest'atavismo che si riferisce alla delinquenza, e me lo fanno riferire alle fonti più brutali, agli animali inferiori, da cui è sorta l'umanità.

Forse ciò sembrerà strano a molti, troppo arrischiato ad altri; ma una attenta considerazione sull'ipotesi, chiamiamola così, ci mena ad una maggiore evidenza, che non il concetto del puro e semplice atavismo umano. E questa considerazione è portata di nuovo sui tipi di alienati nei manicomi. Vi ha, p. e. una classe di questi disgraziati che si denominano *sudici.* Chi li osserva attentamente, in loro, tranne la figura umana ma degradata, non trova nulla di umano; trova apatia e sporcizie, della quale non hanno il minimo sentimento. Visti a scaldarsi al sole, d'inverno, come ne ho veduti io, in parecchi manicomi, sdraiati per terra, paiono maiali. Sono innocui, non hanno altro impulso che quello del mangiare, e l'ozio unito all'indescrivibile sudiciume che li copre. Questa degenerazione umana non è forse un'atavismo bestiale, che avvicina questi disgraziati al maiale o a bestie simili?

Accanto al sudicio, degradazione porcina, trovasi l'idiota e l'epilettico, feroce spesso, che taciturno non guarda nel viso, ma che è pronto ad assalire, come una fiera nel serraglio. E non manca il tipo scimmiesco, com'è frequente quello della gazza ladra nel carattere, e così via (1).

---

(1) Ho avuto occasione di vedere ed osservare ultimamente un omicida a 15 anni, certo Bart..., il quale tre mesi innanzi dell'uc-

Quindi io sono persuaso che riguardo alla regressione o degenerazione atavica, si possa stabilire questo principio: *Ogni anomalia regressiva è indizio di ritorno allo stato originario (atavico) animalesco.* E ripeto, benchè simili anomalie si trovino anche in individui sani e non delinquenti, ciò non distrugge il fatto della regressione, che può essere limitata o di natura innocua o poco attiva. E nel tempo stesso richiamo di nuovo l' attenzione su quel che ho detto sopra riguardo agli individui liberi, e sulla piccola delinquenza, che spesso occorre, oltre alla grande sfuggita all' azione penale. E come fra i delinqnenti convinti, anche fra i casi di piccola delinquenza vi ha, come ho detto, una gradazione: il che è importante a notare, anche per misurare il valore e la forza delle anomalie funzionali.

Se passiamo alle altre forme degenerative, sopra ricercate, non troviamo ragione di conchiudere diversamente rispetto agli effetti; e già dicono abbastanza chiaro le forme di alienazione mentale, già accennate, che come effetti presentano le medesime regressioni. In guisa che può affermarsi che *tanto le vere strutture regressive che le strutture anormali per degenerazione morbosa, o per effetto*

---

cisione fatta, ne aveva tentata un' altra, e che altra volta aveva mostrato la sua natura feroce assalendo una vacca con un ronchetto e ferendola in più parti. Questo disgraziato condannato a 10 anni di reclusione, è bene sviluppato per la sua età, apparentemente non ha anomalie morfologiche, però è prognato, ha naso schiacciato; e tutta la parte della faccia dal mascellare superiore fino alla mandibola gli dà un aspetto selvaggio. Ma quello che più lo distingue, è lo sguardo; l' occhio è truce e felino nel senso vero della parola. Cupo, taciturno , quando era libero, ed ora in carcere, ha l' apparenza di una fiera, e guarda come tigre. Quali saranno le strutture intime che lo hanno plasmato a tipo di fiera, ignoriamo; ma egli è un caso evidente di tipo bestiale. In lui nulla è acquisito , tutto è congenito. In siffatto delinquente trovasi la ferocia senza simulazione , senza raffinatezza, spontanea, ed è un tipo diverso dell'A. Sbro studiato da Tamburini e Seppilli (*Studio di Psicopatologia criminale* In Rivista sperimentale di Freniatria. Reggio Emilia 1883).

di eredità, o incorsa nel periodo della vita individuale, tutte dànno il medesimo risultato degenerativo funzionale, quando si riferiscono al fenomeno della delinquenza, *una regressione bestiale: un abbassamento del tipo umano al bestiale.* Il che è abbastanza singolare!

Questa conclusione non esclude però che la regressione atavica abbia qualche relazione allo stato primitivo umano, al così detto selvaggio. Siccome le condizioni di adattamento sociale primitivo non corrispondono a quelle attuali fra popoli civili ed elevati, i ricordi atavici animaleschi funzionali sono più vicini e più numerosi in quello, e ciò che è più, si uniscono e s'insinuano nella vita comune come fatti normali e non in opposizione alla natura delle società primitive, quasi che esse sieno una continuazione delle società inferiori da cui escono. Così che vi ha come fatto sociale un ricordo atavico umano, o, con altre parole, un ricordo bestiale umanizzato delle primitive condizioni umane. Il che, del resto, dipende da condizioni varie per potersi fissare e diventare permanente, e fra queste condizioni è da porsi l'ambiente fisico e sociale con tutte le relazioni di prossimità alle altre razze, oltre ai propri caratteri etnici. Così che molte tribù primitive persistono nel costume sanguinario e feroce, come in varie parti d'Africa, per influenza di altre tribù, per sviluppo delle tendenze primitive e bestiali (ataviche), e per varie altre cause ignorate. Ed avviene anzi un fenomeno curioso ed è, che mentre nell'animalità inferiore si trova la ferocia, la brutalità, senza freno e senza ipocrisia, nell'uomo vi ha spesso il raffinamento della brutalità e della ferocia: ciò dipende certamente dal maggior numero di mezzi di cui dispone l'uomo e dalle convenienze sociali, a cui apparentemente non vuol venir meno.

Per contro, esistono tribù allo stato primitivo di carattere mite, che non conoscono questa ferocia e questa brutalità. Condizioni speciali dell'ambiente complesso, insieme ad altre cause, e probabilmente etniche, hanno contribuito alla mitezza del carattere di queste razze. L'animalità brutale originaria è sparita dal fondo donde sorgono queste razze miti, o ha lasciato vestigia troppo su-

perficiali, nella formazione del carattere per una serie di circostanze superiori e molto efficaci.

E siccome noi geneologicamente computiamo la formazione del carattere dallo stato primitivo umano, non dall' animalesco, ne risulta, che generalmente a questo stato primitivo attribuiamo l' atavismo. Il che, come abbiam veduto, non corrisponde alla realtà, e lo mostra chiaramente la comparsa delle anomalie regressive, che sono regressioni di carattere morfologico inferiore all'umano, ricordi animaleschi. E se per avventura nelle razze primitive umane si trovassero più numerose queste anomalie regressive, ciò sarebbe sempre favorevole alla nostra conclusione, essendo queste razze più vicine relativamente, che le razze superiori, alla loro origine animale.

E biologicamente crediamo vi sia una spiegazione di questo abbassamento del tipo umano al bestiale, e senza sforzo; esso, cioè, si può attribuire al fatto dell'*arresto di sviluppo*. preso nel senso largo, o di uno o più organi, o di una porzione di alcuni organi, specialmente di quelli che più direttamente influiscono alla funzione psichica in totalità. E se noi ricordiamo le tre forme degenerative sopra ammesse, per non allontanarci dallo scopo pratico a cui miriamo, vi si presenta subito la prima forma, o la regressione atavica. Le anomalie, o strutture proprie di animali inferiori all' uomo sono segni evidenti che l'organismo nel suo svifuppo embrionale non le ha superate, e che in quelle è rimasto allo stato inferiore; cioè, vi ha un arresto di sviluppo parziale in qualche struttura, in qualche organo, quindi nella funzione. Vi può essere un arresto totale di sviluppo, come nel microcefalo, ed allora avremo un vero tipo animale iu questo organismo inferiore.

Nella degenerazione primitiva, che apporta morbosità, strutture patologiche, deformità fin dalla nascita, noi ritroviamo parimente, nel senso generico, arresto di sviluppo Difatti si tratta d' imperfezione di struttura degli organi, come anche spesso delle membra, imperfezione che non è morfologicamente atavismo, ma incompiutezza delle strutture umane per mancanza di resistenza originaria alle condizioni esteriori di vita, e per difetto primitivo o anche ereditario.

Nella degenerazione secondaria noi vediamo una specie di retrocessione dello sviluppo normale, il quale in tutto il corso della vita individuale non dovrebbe avere nessun ostacolo nell' ambiente per la sua conservazione e le sue funzioni: se, per contrario, un individuo vive in condizioni costanti contro le leggi biologiche, specialmente nell'epoca del suo sviluppo, anche nato sano e robusto, allora può essere una retrocessione che negli effetti è analoga all' arresto iniziale dello stesso sviluppo.

Ma se l' arresto di sviluppo, si obbietterà, può invocarsi per coloro che morfologicamente ne mostrano i segni, non potrà invocarsi per quelli che non ne hanno alcuno; cioè per quei delinquenti che sono tali per perversione delle funzioni. Ed allora come potrà spiegarsi il fatto dell' abbassamento del tipo umano al bestiale? Se il lettore ricorderà quel che dicemmo sul carattere, allora avrà subito una spiegazione, cioè col fatto del rinnovarsi del carattere atavico. Qui solo la funzione è retrocessa fino alla forma animalesca e brutale, senza che vi sia motivo di struttura.

Quindi possiamo affermare che realmente nella delinquenza vi sia un abbassamento del tipo umano al bestiale e in vario modo:

1° Nella regressione atavica, per fatto di arresto di sviluppo.

2° Nella degenerazione primitiva per sviluppo incompleto patologicamente.

3° Nell' atavismo degenerativo umano, per organismo di già inferiore nel concepimento.

4° Nella degenerazione secondaria o acquisita, per retrocessione di sviluppo.

5° Nella perversione delle funzioni per risveglio del carattere atavico.

A convincerci di quel che affermiamo, si può accennare a quel che avviene nei bambini e nei fanciulli nella loro maniera di agire e di sentire. Il prof. Lombroso dedica un capitolo, nell' *Uomo delinquente*, alla pazzia morale ed al delitto nei fanciulli; ed egli nota giustamente che i germi della delinquenza in essi si trovano non per eccezione

ma normalmente (1), senza darne una spiegazione. Ma se ricordiamo che nel bambino non vi ha lo svilnppo completo, allora, secondo quello che abbiamo ammesso, avremo subito una spiegazione chiara. I bambini, ed ho avuto occasione di farne spesso osservazioni, sono molto prossimi agli animali più che all' uomo adulto sano , e strutture e funzioni in quelle età sono più vicine alla loro origine inferiore.

Non guardando alle sole manifestazioni delinquenti, ma a tutte quelle che si allontanano dal modo di operare e di sentire nell' uomo adulto, si trovano nei bambini certe maniere che non possono spiegarsi in nessuna guisa, se non si riferiscono agli animali inferiori; le quali maniere s' intende, sono miste alle vere manifestazioni di carattere umano. Ciò spiega ancora quelle contraddizioni di fatti, di intelligenza, di emozioni, in essi, che altrimenti sarebbe impossibile spiegare.

Quel che nel delinquente, quindi, noi osserviamo come stato anormale, nel fanciullo spesso vediamo come stato normale ; nel primo perchè vi è stato arresto o retrocessione di sviluppo, nel secondo, perchè ancora lo sviluppo non è completo; ma l'uno e l'altro toccano i limiti dell'animalità inferiore.

Ora se si vuole ancora un altro fatto a conferma delle idee espresse, basta osservare lo stato psichico di un individuo che soffre o ha sofferto una malattia. Come maggiore diventa l'eccitabilità nervosa, così la rabbia, la collera, aumenta; malati, alcuni sfuggono anche le persone più affezionate e da cui sono soccorsi, inveiscono contro i più cari. I bambini ammalati divengono insopportabili e più irragionevoli.

Questo secondo fatto ricorda la degenerazione primitiva e secondaria; e solo vi ha differenza in questo, che negli individui ammalati. i fenomeni sono transitori, nei degenerati sono permanenti.

Ma il lettore avrà subito una domanda a fare: perchè

---

(1) L'*Uomo delinquente*, 3ª ediz. pag. 112. — *Sui germi della pazzia morale nei fanciulli pei Dr.* Marro e Lombroso. (Accademia di Medicina di Torino). Torino 1883.

gli animali hanno queste tendenze, che essendo riprodotte nell' uomo e in casi speciali, costituiscono atti criminosi?

Molti prima che venisse sù il concetto dell' antropologia criminale, e poi il bisogno della comparazione, si erano occupati delle cattive tendenze degli animali; ma il Lombroso, il Ferri, il Lacassagne, ne vollero studiare i fenomeni dal punto di vista della delinquenza in comparazione all' uomo. Se volessi o potessi occuparmi di questo argomento, andrei molto al di là di una nota, perchè il fatto merita che sia bene studiato e con considerazioni biologiche; non pertanto dirò subito quel che sembra a me vero, Se il carattere della delinquenza è quello di anormalità in mezzo agli altri fatti ed azioni della vita sociale, e se nell' uomo, in cui lo consideriamo, è un effetto di degenerazione varia e molteplice, non possiamo attribuire agli animali inferiori il fenomeno della delinquenza coi medesimi caratteri, se esso è, invece, lo stato normale ed ordinario della loro maniera di comportarsi nella propria specie o fra altre. Per me, piuttosto, questi fatti che ripetuti nell'umanità sono criminosi, nell'animalità sono fenomeni normali, che costituiscono le tendenze, o gl' istinti delle specie diverse, i quali istinti si sono conservati e perpetuati perchè utili all' esistenza delle specie medesime, mentre sono nati nella lotta per l'esistenza individuale e della discendenza, e hanno costituito, insieme agli organi sussidiari, i caratteri specifici e particolari (1). Per ora non dico altro.

Ritorniamo al nostro oggetto.

Se l' abbassamento del tipo umano al bestiale dipende dalla degenerazione o atavica o morbosa, si dovrebbe ricercare quando e perchè le medesime forme degenerative non hanno di sì terribili effetti. È quello che finora non sappiamo, considerando il solo fattore morfologico e funzionale strettamente preso nella relazione biologica; solo possiamo sapere, o meglio siamo in grado di ricercare la

---

(1) Cfr. il mio libro: *L' origine dei fenomeni psichici*. Milano 1885. Cap. IX, X, XI.

relazione di questo fattore coll' ambiente sociale. E subito diciamo che l'ambiente sociale influisce a sviluppare o a ritardare la manifestazione degenerativa della delinquenza come influiscono tutte le condizioni di vita individuale che possono occorrere nell' ambiente medesimo.

Accenniamo a qualche causa che ha carattere biologico ma che dipende dalle condizioni dell' ambiente. Una primaria è l' alimentazione. La scarsa alimentazione che produce casi non cumuni di anemia, nella prima età specialmente, influisce allo sviluppo tardivo, lento, strozzato degli individui; e non solo la scarsa, ma anche la cattiva e malsana alimentazione; non aggiungo poi la stentata maniera di procacciarsela con lavoro non sopportabile neppure da coloro che ne hanno una abbondante. Quest' effetto non è esclusivo dell' uomo, ma è comune ad ogni vivente animato. Gli animali degenerano per l' insufficienza della nutriztone, non giungono allo sviluppo normale e proprio della loro specie, e in gran parte periscono (1).

Se all' alimentazione insufficiente e malsana si aggiunge egualmente l' abitazione infelice, angusta e malsana, in comune qualche volta colle bestie, nei pianterreni più umidi in alcune città, in sotterranei in altre, con aria irrespirabile; e poi il vestimento insufficiente nella stagione fredda, l' assenza di riscaldamento, l' assoluta privazione di ogni piacere estetico; allora si comprenderà meglio come la degenerazione biologica scaturisce non solo per gli individui nel periodo della loro vifa, ma ancora per la discendenza loro, e costituisce un carattere d' inferiorità per una parte della popolazione, specialmente nelle grandi città (2).

Se fra altre cause di degenerazione ricordiamo l' alcoolismo, i cui effetti non si fermano all' individuo, ma passano ai discendenti, e lo colleghiamo al vagabondaggio,

---

(1) Cfr. Semper, *The natural conditions of Existence as they affect animal life.* London 1881. Lect. II. Chap. II.

(2) Io spero che Ferri rifonderà il capitolo sull' *ambiente e criminalità* nel suo *Socialismo* e *Criminalità*, dove con troppa fretta nega l'influenza dell'alimentazione, e della miseria in generale, sulla delinquenza.

alla miseria, ci faremo subito un idea del contingente di delinquenza, legittimata dalla degenerazione in cui è caduta la razza umana in una sua porzione.

III.

Diremo ora di un' altra causa potentissima della delinquenza, che non è più la degenerazione morfologica, o per atavismo o per morbosità, ma che si riferisce alla perversione delle funzioni senza motivo morfologico. dovuta a varie cagioni, al mimetismo, alla falsificazione dei sentimenti, alla deviazione delle potenze psichiche operative.

E non vi ha dubbio che queste cause possono concorrere a sviluppare maggiormente i tipi e le manifestazioni della delinquenza, che stanno nel più basso stato, e indurre anche coloro che stando disgraziatamente fra degradati sarebbero forse salvi in un ambiente sano. La loro influenza e la loro efficacia si spiegano sulle classi e sugli individui che, nati sani, senza anomalie regressive, senza degenerazione morbosa, resterebbero sani, se non fossero deviati verso la delinquenza da un pernicioso ambiente.

Nella formazione del carattere parlando dell' atavismo, accennai altra volta alla possibilità di evocare dal fondo dove giace, il carattere brutale e selvaggio, la funzione atavica, con attività pari al carattere di formazione recente. Non ho alcuna ragione di mutare questo concetto. Come per anomalie degenerative si può evocare spontaneamente il carattere ciò che vuol dire la funzione corrispondente, che si riferisce alla struttura , e produrre la delinquenza; così, ancorchè non esistano strutture predisponenti, o impellenti, al delitto, le strutture criminose, esiste però nel fondo più oscuro della funzionalità uno strato della funzione primitiva, latente; e questo strato si può richiamare all' attività, ridestare, lentamente, o subitamente secondo certe condizioni individuali e della loro relazione all' ambiente, e produrre il triste fenomeno della delinquenza.

Avverrà allora un fatto abbastanza notevole, cioè la degenerazione funzionale apporterà in certo modo come con-

seguenza la morfologica, perchè la funzione deviata e perversa coll' abito lungo vizierà anche gli organi, ma in modo non visibile sul vivente, perchè non esiste in lui degenerazione organica primitiva. E questo è uno dei casi, non poco numerosi, in cui il delinquente non porta i segni degenerativi, che alcuni vorrebbero vedere per forza, mentre altri con ciò vorrebbero combattere la dottrina che ammette gl'indizi di degenerazione.

In questo modo il lettore si accorgerà che avrei risposto all' obbiezione probabile a cui sopra feci cenno.

Se quì fosse il luogo, dovrei estendermi di molto su queste cause di delinquenza derivata per sola perversione delle funzioni senza motivo morfologico, o struttura criminosa; prima perchè il numero dei delinquenti di questo genere è grande, e poi perchè se rimedio vi fosse a diminuire il male sociale di siffatta natura, in questo genere di delinquenza sarebbe maggiormente possibile, più che in qualche altro sopra descritto.

Ma di ciò mi occuperò specialmentein altra occasione ove spero mostrare l' influenza perniciosa dell' ambiente e la possibile maniera di evitarne l'efficacia o diminuirla.

Dopo tutto ciò credo si possa classificare la delinquenza secondo la natura e l' origine, e con divisione naturale nel modo seguente, cioè in delinquenza derivata per

I. Degenerazione morfologica, e questa

1. Per anomalie regressive, o atavismo;

2. Per degenerazione primitiva (per mancanza di adattamento biologico);

3. Per degenerazione secondaria (o per quella incorsa nella vita individuale per relazione biologica).

II. Degenerazione funzionale (senza anteriore degenerazione morfologica, o strutture criminose).

Le cause possono così riassumersi:

I. — Cause biologiche.

1. Reversione.
2. Mancanza di adattamento alle condizioni di esistenza,
3. Strutture patologiche propriamente dette,
4. Ambiente sociale.

II. — **Cause sociali.**

1. Lotta per l'insistenza nell'ambiente sociale,
2. Mimetismo, p. e. altre influenze della vita sociale.

Dopo ciò una ricerca importante resterebbe a fare cioè: quanta parte nella delinquenza ha la pura reversione, quanta la degenerazione congenita o primitiva, quanto la secondaria; e poi in quale relazione sta la degenerazione funzionale propria con quella triplice morfologica. Dopo questo sarebbe utile investigare come s'intrecciano le forme spiccatamente morbose colle regressive o l'atavismo, e con quelle acquisite di vario tipo nel periodo della vita individuale.

Il lettore, se ricorderà la conclusione emessa sul carattere dell'effetto degenerativo delle funzioni, qualunque sia la causa morfologica determinante, si accorgerà subito che degenerazione morfologica con effetti funzionali costituisce in realtà una condizione morbosa, presa nel più ampio significato, perchè nella totalità o in parte vi ha uno scadimento o una deviazione del tipo normale. E questa opinione io aveva emessa, sebbene in forma indeterminata, la prima volta che ebbi a dire una parola sulla delinquenza; ed a questa conclusione a cui erano venuti Maudsley, Virgilio ed altri, viene oggi il Lombroso con una serie di fatti, specialmente riguardo all'epilessia e la sua relazione alla delinquenza congenita (1).

IV.

Questi principî e queste conclusioni generali io ho tratto tanto dalle mie osservazioni personali, che da tutti gli studi di antropologia criminale finora fatti; e questi dati generali, credo, sieno sicuri e accettabili, quando si guardi

(1) Cfr. *L'uomo delinquente*, 3ª ediz. 1884. Cap. XIII. e prefazione. — *Identità dell'epilessia colla pazzia morale e delinquenza congenita*. In Archivio di Psichiatria m. 1885.

con occhio di naturalista e di biologo senza preoccupazione o pregiudizio della verità delle ricerche e delle osservazioni coscienziose. E da siffatte conclusioni generali stabilite io credo che bisogna partire per nuove e più particolari conclusioni, che in futuro faranno conoscere i caratteri differenziali della varia delinquenza. Certamente che a questo scopo è necessaria una raccolta di fatti particolarissimi, per conoscere tutte le deviazioni di funzione e la sua corrispondenza morfologica. E ricordo sempre che è merito sommo di Lombroso di non aver tralasciato nè di tralasciar nulla nella osservazione dei delinquenti, di investigare tutti i minimi fatti ed apparenze, che a persone incompetenti o incredule, o decisamente avversarie, destano l'ilarità qualche volta; come p. e. la scarsezza o abbondanza dei capelli e barba, il mancinismo, l'ambidestrismo, e molti altri particolari movimenti della vita abituale, cose tutte che in apparenza non hanno alcun significato, ma che agli occhi del biologo osservatore manifestano la condizione di sviluppo totale o parziale, e lo stato funzionale normale o anormale, dell'individuo osservato: le piccole cose sono indizio spesso di deviazione della funzionalità generale in differenti gradi.

Il giudizio sulla natura ed indole del delinquente, come dell'alienato, come di qualunque altro tipo morboso o deviato, ormai, bisogna persuadersi, appartiene alla scienza biologica nolle speciali branche in cui è divisa, non alla filosofia, nè alla scienza giuridica. Quando un assassino ha tutti i segni di degenerazione morfologica, qualunque sia la natura di questa, quando mostra deviazioni dalla funzionalità nei fenomeni della vita, e specialmente psichici; questo delinquente appartiene alla biologia patologica, e non alla filosofia ed al ragionamento astratto. Quando un ladro recidivo è epilettico, e ne porta i segni caratteristici, questo delinquente è un essere degenerato, che ha bisogno del giudizio dell'antropologo criminale e dell'alienista. E questo assassino e questo ladro non devono essere giudicati dal pubblico, come giurato o altro, quasi giudizio universale a cui è sottoposto il reo per costatarne la colpa e la reità con tutta l'enormezza, il che og-

gi è abbastanza teatrale, ma poco serio per la società e per la scienza; ma l'uno e l'altro devono prima essere sottoposti all'esame antropologico perchè sieno studiati la natura e lo stato biologico.

Ma tutto ciò finora non entra, non dico nel pubblico grosso, il che non è meraviglia, ma neppure nella gran parte di coloro che ormai sono pratici cogli stessi delinquenti; mentre al solo entrare in un carcere e vedere insieme questi esseri, meno casi eccezionali, sembra di vedere un ricovero di persone o sofferenti o deformate, ma che in realtà rappresentano la scoria biologica, diciamo così, come effetto della lotta per l'esistenza e dei risultati ereditari di essa. Un senso, non di raccapriccio, sorge dal fondo dell'animo a vedere questi rinchiusi, ma di stupore e di pietà, perchè in essi si trovano gli effetti naturaii di certe condizioni naturali e fatali. e non l'effetto di quella fantastica responsabilità filosofica e giuridica che finora domina nella scienza criminale; e quand'anche abbia un fondamento di verità l'opinione che nelle determinazioni volontarie vi sia una resistenza ai motivi determinanti (ciò che non posso ammettere, perchè sarebbe quella di un astratto contro un contreto) questa resistenza non potrà invocarsi per gli esseri degenerati fisicamente e moralmente, chè degenerazione è effetto della privazione di ogni resistenza a tutte le condizioni esterne dell'ambiente.

Lontano dalle esagerazioni, sono convinto che solo per mezzo delle osservazioni biologiche giungeremo alla più completa cognizione dell'uomo delinquente, e da questa dovremo trarre la norma pel trattamento suo nella convivenza sociale.

Roma, Agosto 1885.

Istituto psichiatrico del Manicomio Provinciale di Napoli
diretto dal Prof. BUONOMO.

RICERCHE CLINICHE SUI DISTURBI VISIVI NELL' EPILESSIA.

Pel Dott. G. D' ABUNDO.
Assistente alla Clinica Psichiatrica nella R. Università di Napoli.

(Cont. e fine vedi pag. 45)

III.

Esame psichico

Esistono non lievi difficoltà a tracciare un quadro completo delle variabilità, che può presentare l' esame psichico degli epilettici. In vero scopo principale del mio lavoro non è di occuparmi di questa parte, che vi entra come incidente; ma l' avere studiato per lungo spazio di tempo un numero discreto (40) di infermi affetti da Epilessia, m' induce a spendere al proposito qualche parola, tanto più ch' io innanzi ho fatto rilevare l' accentuazione e la durata maggiore di alcuni disturbi visivi, quando le alterazioni psichiche post-epilettiche erano di rilievo. Del resto in tale esposizione sarò brevissimo.

Nel corso delle mie osservazioni cliniche ho accennato spesso ad uno stato di depressione psichica, che segue molto frequentemente all' accesso epilettico. Il modo però com' essa si manifesta e si comporta, non è sempre costante, nè identica, come pure non è sempre proporzionata all' accesso stesso. Riassumo rapidamente il concetto ch' io ho potuto formarmi a tal riguardo, e sin da prima è d' uopo che faccia una distinzione nella forma di ma-

nifestazione degli accessi epilettici, considerando una forma *somatica*, ed una *psichica*. Si è appunto alla prima, cioè quando ha luogo la sindrome drammatica esteriore (colle convulsioni tonico-cloniche, perdita di coscienza, ecc.), che segue quello stato di depressione psichica, di cui intendo far menzione. Esistono per vero delle differenze nel modo come si comporta tale depressione, sia per ciò che ne riguarda l'intensità che la durata. Ed avendo io avuto l'occasione di osservare epilettici di tutte l'età, ho potuto persuadermi, che in generale l'intensità e la durata dello stato di depressione psichica post-epilettica differiscono: a seconda dell'età dell'infermo, della gravezza della malattia, e dell'intensità dell'accesso stesso. E ciò ripeto in generale, poichè non mi è mancata qualche eccezione, di cui or ora terrò parola.

Nei fanciulli la depressione psichica consecutiva alla convulsione epilettica può essere di qualche entità; e specialmente vi sono quelle forme gravi particolari, le quali si esplicano ben presto all'esterno per il numero e l'intensità degli accessi.

Si è negli adulti che a preferenza è facile rinvenire la depressione psichica in tutta la classica sua manifestazione. Per vero dopo leggieri accessi essa non è nemmeno di grande entità, e la durata altresì non è rilevante; però non mi son mancati parecchi casi in cui si avverava quasi sempre, che all'accesso molto lieve, seguiva uno stato di depressione psichica notevolissimo e duraturo. Tale fenomeno si avverava quasi costantemente in quattro infermi epilettici dall'infanzia, ch'io seguiva con molto interesse, poichè mi accorgeva, checontemporaneamente coesistevano più accentuati i disturbi visivi, per ciò che concerneva e lo stato dei vasi del fondo dell'occhio, e il campo visivo ecc., come già innanzi ho fatto rilevare. La durata specialmente di tale depressione era sovente considerevole, prolungandosi anche per qualche giorno, e poscia man mano dileguandosi. Richiamo l'attenzione su tale sproporzione tra l'intensità dell'accesso ed i disturbi psichici-consecutivi, poichè io ritengo che tal fatto indichi una forma molto grave; il che ho potuto argomentare dal

rapido deterioramento delle facoltà mentali, determinatosi poscia nei miei su menzionati quattro infermi, in breve spazio di tempo.

Dopo accessi epilettici di media intensità ed in quelli intensissimi (purchè non segua delirio) negli adulti, la depressione psichica, che si manifesta, è veramente notevole. La fisonomia e l'andatura dell'infermo, dopo tali attacchi, sono abbastanza caratteristici. Il viso è attonito, i tratti immobili, gli occhi fissi, e spesso esprimenti ferocia. Rimane delle ore immobile, dritto, qualche volta col capo curvo, le braccia pendenti, la cute del volto raggrinzata. Se cammina procede pesantemente come fosse tutto d'un pezzo; le articolazioni si presentano come irrigidite. Se si asside, resta ugualmente immobile, indifferente a tutto ciò che accade intorno a lui. Tace, e risponde a stento, a monosillabi, molto lentamente, non comprendendo bene ciò che gli si dice; tanto che è d'uopo ripetere l'interrogazione; però tende immediatamente a riedere nell'apatia speciale in cui è assorbito. Insensibile ai bisogni più essenziali non ha coscienza del proprio stato; insomma tutto annunzia in lui un individuo, in cui l'attività psichica è, per così dire, sospesa nella sua esterna esplicazione.

In molti miei infermi lo stato psichico post-epilettico si è conservato identico e caratteristico per lungo spazio di tempo; di guisa che tutt'i giorni era facile accorgermi dalla loro fisonomia e dalla loro andatura, quale di essi probabilmente fosse stato colto dall'accesso epilettico, nella notte o nel mattino.

La durata di tale stato è varia; ordinariamente è in rapporto coll'intensità dell'accesso. Spesso si prolunga per qualche giorno, andando però sempre gradatamente sfumando, finchè tutto ritorna nelle condizioni primitive.

Nella forma di *petit-mal* (vertigini) non mi fu dato di studiar bene il modo di comportarsi della depressione psichica dopo l'accesso, stante l'esiguo numero dei casi. Però in generale potrei affermare, che gli accessi di *petit-mal* ripetuti a breve distanza, possono determinare uno stato di depressione psichica abbastanza notevole.

Colla forma *psichica* poi (a differenza della forma *somatica*) s' ha ordinariamente uno stato di eccitamento, i quale può variare dalla semplice sfumatura sino al delirio più pericoloso; si è in questi casi che hanno luogo quelle istantanee manifestazioni, che vanno sotto il nome di *impulsi*. Ma di ciò più tardi.

Riguardo al rapporto che esiste tra l' iniezione dei vasi del fondo dell' occhio, e la depressione psichica post-epilettica (il che è stato accennato innanzi a pag. 21), io per me ritengo che quest' ultima sia in istretta dipendenza dei disturbi circolatorii cerebrali, e propriamente della congestione evidente, ritrovata in tutti i casi da me studiati Quanto poi ai disturbi visivi rinvenuti più duraturi quando la depressione psichica era notevole, e quando esisteva sproporzione tra l' accesso e lo stato di depressione psichica consecutiva, io penso, che debbano dipendere appunto da quei disturbi circolatorii già sopra menzionati. Del resto non mancherò nell' interpetrazione dei fatti di ritornare su tale argomento.

Diciamo intanto qualche cosa sul carattere morale.

Il tratto epilettico caratteristico si rivela nella degenerazione del sentimento morale, il quale, come si sa bene è uno dei sentimenti più alti e nobili che vi sia, e che rivela un sistema nervoso armonico. Tale sentimento occupa uno dei posti più elevati nell' evoluzione umana, ed è posseduto da colui che ha le parti ben organizzate ed equilibrate. Per cui non è a maravigliarsi se nell' epilettico ha luogo la degenerazione del sentimento morale, perchè il sistema nervoso in tali infermi ha sofferto tali disturbi, da rendere difficile un ulteriore differenziamento.

In generale il carattere epilettico si potrebbe riassumere in una parola: *instabilità*. Infatti gli infermi di tale malattia ora sono inquieti, irritabili, diffidenti, ribelli, ora sottomessi, ossequenti, ipocriti; alle volte gai, loquaci, orgogliosi, entusiasti, libidinosi, altre volte religiosi, tristi, disperati, e maledicenti la propria sorte. La vanità e l'odio primeggiano tra i suoi sentimenti e pullulano ad ogni istante Le passioni più disparate possono succedersi ad un tratto nello spirito dell' epilettico, e dominarlo temporaneamente

con una straordinaria potenza. Questa instabilità è probabile, che sia determinata dai centri psichici dell' epilettico dotati d' un indice di *tenacità* minima, in modo che la forza nervosa sebbene possa accumularsi, dall' altra molto facilmente ad ogni leggiero stimolo può avvenire la scarica nervosa, la quale si esplica velocemente, stante il difetto d' un energico controllo delle altre facoltà psichiche.

Ma ciò non deve certamente applicarsi in tutti i casi di epilessia. Non mancano infermi di tale malattia, i quali soggetti ad accessi a lunghi intervalli, sono vissuti colle loro facoltà intellettuali abbastanza discretamente. E si è perciò che debbonsi distinguere delle forme leggiere, e gravi della malattia in discorso; e mentre nelle prime non hanno luogo disturbi psichici di rilievo, nelle seconde si manifestano per tempo alterazioni notevoli, le quali appunto si rivelano a preferenza colla degenerazione del carattere.

Si è nella così detta forma *psichica* dell' Epilessia, che hanno luogo a preferenza perturbamenti gravissimi nel carattere morale. E ciò perchè i disturbi restano limitati a preferenza nella sfera psichica, senza che i centri motori vengano per il momento implicati; anch' essi però possono entrare in azione più tardi, e con potenza straordinaria, *determinata* ad uno scopo particolare. Nella forma somatica dell' epilessia le convulsioni tonico-cloniche rappresentano lo scioglimento d' una crisi; la transitoria *follia* dei centri psico-motori ha la sua esplicazione esterna, disordinata non determinata. Mancando adunque nella forma psichica la manifestazione esterna, è chiaro che il disturbo si concentra, e si esplica internamente, e resta limitata ai centri psichici. Allora esisterà come una specie di tensione tra i detti centri, la quale andrà mano mano aumentando di potenza: se in tale stato di cose si ammette lo indebolimento della *tenacità* dei detti centri, e del controllo delle facoltà superiori, qual maraviglia che uno stimolo di lieve importanza, non dia luogo alla rapida esplicazione esterna di tanta forza nervosa accumulata, che per la tinta malinconica, e per le allucinazioni prende la classica forma di quello speciale accesso, che chiamasi *impulso?*

L' *impulso* è un'azione; però ciò che distingue l' impulso epilettico e l'*istantaneità*. È nell'epilettico che manifestasi l' impulso nello stretto senso della parola; per cui ben dice il nostro Prof. *Buonomo* nelle sue lezioni di Clinica Psichiatrica: ogni volta che vedete l' impulso nel vero senso della parola, ricercate se v' è un fondo epilettico. L' impulso sarebbe una convulsione che si esplica fra i centri, e qualora si accompagna ad uno stimolo, ad un' idea, una allucinazione allora i centri motori agiranno con azione *determinata*, violentissima, sempre offensiva. Esistono delle forme leggiere in cui gli infermi in preda all' orribile sentimento *d'être poussé malgré eux*, restano in una calma feroce, molestati da un delirio pregno d' odio e di vendetta; non ha luogo in questi casi l' esplosione della forza latente accumulata e diciam così concentrata , forse perchè manca lo stimolo, l' allucinazione, ovvero questi non sono atti a determinare la crisi, perchè il controllo delle facoltà superiori ha ancora una certa influenza.

Però nelle forme gravi avviene la scarica, che è repentina, violentissima, d' una brutalità e ferocia, che non ha riscontro in alcun' altra malattia. La letteratura medica abbonda a tal proposito di episodii terribili e strazianti; non son mancate delle vittime le cui membra sono state atrocemente strappate *à coups redoublés*. Nell'epilettico può mancare ogni connessione della vita precedente coi fatti attuali.

L' impulso può star da solo e costituire la manifestazione unica della malattia; ovvero può seguire ad un'accesso di forma somatica, o precederlo.

Nel primo caso, che costituisce una forma *psichica* classica dell' epilessia, pericolosissima, l' impulso rappresenta eziandio, come già ho detto, lo scioglimento di una crisi, però differisce dalla crisi della forma somatica epilettica, perchè in questa i centri motori agiscono disordinatamente, e quindi si hanno le convulsioni, in cui v' è sciupio di forza nerveo muscolare, senza che questa determini una azione speciale. Nell' atto impulsivo i centri motori hanno un' indirizzo *determinato* e quindi ha luogo l' azione.

Tre degli infermi da me tenuti in osservazione, epilet-

tici dall' infanzia, andavano soggetti appunto in massima parte ad accessi impulsivi, in seguito a cui restavano agitatissimi per molto tempo. Uno di essi giovine e robustissimo, aveva lunghi intervalli di calma durante i quali stava benissimo e molto calmo; di tanto in tanto però andava incontro ad atti impulsivi, preceduti da una allucinazione visiva, dei lampi, delle nubi di fuoco. Una delle volte però all'impulso seguì dopo poche ore un attacco intensissimo di convulsioni, che lo resero cadavere.

Credo inutile accennare a tutte le gradazioni degli atti impulsivi, (i quali possono ridursi anche in azioni niente pericolose), poichè non intendo dilungarmi sull' esame psichico degli epilettici, non costituendo ciò la parte principale del mio lavoro.

Ciò che specialmente caratterizza l' impulso epilettico, si è quasi sempre l' assoluta assenza di memoria del disturbo e degli atti commessi. È veramente classico e particolare dell' epilessia il non ricordare e l'accesso stesso, e gli atti impulsivi compiuti nel modo più esecrando; in nessuno dei miei infermi epilettici ho potuto notare alcun chè, che accennasse ad un lontano ricordo. Molto si è discusso a tal proposito, volendosi investigare la causa di tal fenomeno; ma non è mio compito esporre quì e fare un esame critico di tutto ciò, che a tal proposito si è detto. Io per me credoi che la causa debba ricercarsi appunto nel modo come s. manifesta l' accesso, sia a forma *somatica* che *psichica*, per cui ritengo, che l' *istantaneità* con cui si esplicano le convulsioni epilettiche e gli atti impulsivi, possa dare la spiegazione dell' assenza di memoria dell' epilettico. Infatti si sa bene con quale rapidità si esplica la sindrome drammatica convulsiva nell' epilessia; l' infermo anche sull'orlo d' un precipizio vi precipita dentro miseramente, senza poter avere il tempo di ritrarsi indietro, o se non altro di cadere in modo da non precipitare nell' abisso,

Ora se nell' epilettico manca il tempo di *percepire* com' è possibile che possa ricordare ciò che non ha percepito? Però non basta la sola *istantaneità* a spiegare l'assenza di memoria; poichè non mancano casi in cui non si avvera l' istantaneità nel vero senso della parola. Ed

allora è d'uopo ammettere eziandio un indebolimento nello *stato cosciente* dell'infermo; tale ipotesi che certamente non ripugna, può abbastanza spiegare il momentaneo disturbo della memoria nell'epilettico, divenento il tutto consono alle leggi psicologiche. Al più è a ricercarsi la causa dell'*istantaneità* di manifestazione dell'accesso; insomma potrà essere discutibile ciò che precede l'istantaneità; ma questa ammessa, sul che non v'ha dubbio, insieme ad un indebolimento dello *stato cosciente*; il resto può spiegarsi come innanzi brevemente ho detto. Sulla causa poi di detta *istantaneità*, sarebbe possibile secondo me di poterla in qualche modo comprendere, se si volesse ritenere per poco l'ipotesi innanzi formulata sui centri psico-motori dell'epilettico: cioè un indice di *tenacità* minimo trai detti centri, insieme al diminuito *potere di controllo* delle facoltà superiori. Allora è facile determinarsi un disquilibrio trai detti centri, in seguito a qualche stimolo sia esterno che interno; il quale disquilibrio deve assolutamente essere rapidissimo, trattandosi di correnti nervose, d'onde l'istantaneità di manifestazione dell'accesso. È una semplice ipotesi, ch'io però son sempre pronto a modificare in vista d'un altra migliore e più razionale.

Avendo così molto pallidamente sfumato l'esame psichico degli epilettici, passo oltre nell'esposizione del mio lavoro.

IV.

Storie cliniche.

Certamente non riporterò quì tutte le storie cliniche degli epilettici da me studiati; poichè pei risultati che riguardano l'organo visivo si rassomigliano moltissimo. Per cui a meglio chiarire il già detto innanzi ne trascriverò qualcuna sommariamente, seguendo l'infermo solo per uno spazio di tempo molto breve. Del rimanente delle storie cliniche già ne ho dato l'idea generale nell'esposizione della II^a parte del mio lavoro.

1. *Federico Esp.....* d'anni 27, epilettico dall'infanzia in cui però avea rarissimi accessi; dall'età di 18 anni

però le convulsioni si sono moltiplicate ed ora nel Manicomio va soggetto a frequenti attacchi, qualche volta seguiti da grande agitazione. Ha avuto una buona coltura e parla con facilità l'italiano, il francese, l'inglese e il tedesco, tanto da poter fare benissimo l'interprete nei principali alberghi di Napoli. Ha bene sviluppato i sentimenti morali, e visse fino a tre anni or sono in famiglia. Nel Manicomio serbò sempre condotta irreprensibile. Conserva ancora bene le facoltà intellettive (1).

Esame antropologico.

Circonferenza del cranio	553
Curva antero posteriore	340
» biauricolare	354
Semicurva ant.	280
» post.	273
» cr. destra	280
» » sinistra	273
Diametro longitudinale	190
» trasversale mass.	156
» frontale minimo.	166
» bizigomatico	131
» auricolo spino nasale . . .	100
» » glabella	100
» occipito mentoniero . . .	188
» trasverso mandibolare . . .	100
Altezza della faccia	147
Indice cefalico	82,1
Angolo facciale	78°
Orecchio lungo a destra . .	58
» » a sinistra . .	57

Testa ben formata, fronte alta e spaziosa, orbite un pò sviluppate in fuori, zigomi sporgenti.

---

(1) Queste brevi notizie riguardano l'infermo nel 1883, quando cominciai le mie osservazioni cliniche; ora però (1885) rileggendo queste notizie, aggiungo che le facoltà intellettuali dello infermo sono molto deteriorate.

Sviluppo muscolare vantaggioso, collo tozzo; circonferenza toracica m. 0,89. Nulla di notevole negli organi toracici ed addominali.

Le ricerche sono cominciate il 1. luglio (1883), 15 giorni dopo l'ultimo accesso. Lo stato dell'infermo è molto soddisfacente; il prospetto delle ricerche praticate è il seguente:

1883 Luglio 1 — L'infermo sta benissimo; da 18 g. non ha avuto alcun accesso (1) DP — mm. 4 — CVE. Regolare vascolarizzazione, del resto nulla di notevole. CV — normale, vedi Fig. V (————) (2). FV — metri 0,80 mm. 1. — SC. Conosce agevolmente i 7 colori semplici, che insieme formano lo spettro, oltre a diversi altri colori risultanti dall'unione de'suddetti.

« Luglio, sino al 12 — Nessun accesso — l'osservazione è stata praticata tutt'i giorni coll'identico risultato.

« Luglio 13 — Alle 5 a. m. l'infermo è stato colto da un accesso convulsivo di media intensità; l'osservazione è stata eseguita 2 ore dopo. L'infermo è leggermente stordito. DP — mm. 4 — . CVE — discreto grado d'iniezione vasale; notansi i vasellini più dilatati e più numerosi; colorito generale del fondo dell'occhio leggermente fosco. CV — ristretto, vedi Fig. V (- - - - - - - -). FV — metri 0,80 — mm. 1. SC. Riconosce lentamente i colori sù accennati.

« Luglio 14 — Il tutto è ritornato come il 1° Luglio.

« Luglio sino al 31 — Nulla di notevole — l'infermo non ha avuto nessun accesso e sta benissimo.

« Agosto 1 — Alle ore 11 a. m. l'infermo ha avuto un accesso di media intensità; l'osservazione oftalmoscopica è stata praticata 10 minuti dopo l'accesso. DP — mm. 3 in

---

(1) Per maggiore agevolazione adotteremo le seguenti abbreviazioni:

DP — Diametro pupillare. — CVE — Condizioni de' vasi endoculari. — CV — Campo visivo. — FV Forza visiva. — SC — Senso cromatico. mm. — millimetri.

(2) Indicheremo con linee interrotte - - - - - - - - ovvero continue ———— le differenti variazioni del campo visivo.

entrambi. CVE. L'infermo è molestato dalla luce proiettata dall'oftalmoscopio; la congestione vasale rinvenuta a preferenza venosa è notevole; il colorito generale molto fosco; la dilatazione delle vene è considerevole. CV — molto ristretto D-25-40; S-25-35 (1). FV — metri 0,80 mm. 2 (2). SC — Non riconosce il violetto e prova difficoltà per alcuni altri colori come il verde ed il celeste.

L'infermo è depresso.

« Agosto 2 — L'infermo sta bene; l'osservazione non fa notare niente di anormale.

« Agosto 3 — Alle 11 p. m. del 2 Agosto ed alle 3 a. m. del 3, l'infermo ha avuto due fortissimi accessi preceduti da un grido spaventevole. Notevole grado di depressione psichica; l'osservazione è stata praticata alle 7 a. m., DP — mm. 3 — in entrambi. CVE. Intensa congestione vasale; i vasi coroidei appariscono come sfumati, stante la diminuzione dell'indice di trasparenza della retina. L'iniezione è leggermente prevalente a sinistra. Le vene appariscono come cordoncini. CV. Molto ristretto, vedi Fig. III (- - - - - -). FV — metri 0,70 — mm. 2. SC. Non riconosce il violetto e confonde il verde col celeste.

« Agosto 4 — Alle 3 p. m. ed alle 10 p. m. del 3 Agosto l'infermo à avuto due forti accessi, ed alle 3 a. m. del 4 Agosto un altro attacco intensissimo. Depressione psichica notevolissima. DP — mm. 3 in entrambi. CVE — Congestione ancor più accentuata del giorno 3; le vene sono fortemente dilatate; il colorito generale intensamente fosco; l'iniezione è ancora prevalente a sinistra; la trasparenza della retina molto diminuita. CV — Più ristretto del giorno precedente, vedi Fig. III (———). FV — metri 0,60 mm. 2. SC — Le difficoltà sono notevoli nella denominazione de' colori; non riconosce il violetto, nè il verde, nè il celeste; confonde il giallo col bianco; il disturbo si accentua diminuendo le superficie colorate.

---

(1) D = destro — S = sinistro; per non moltiplicare le figure indichiamo il restringimento avvenuto, riportando il limite superiore e l'esterno.

(2) La scala d'1 mm. si è dovuta smettere e ricorrere a quella di 2 mm., la prima non essendo percepita dall' infermo.

« Agosto 5 — Alle 12 p. m. del 4 Agosto, alle 2 a. m., alle 4 a. m. e alle 5 a. m. del 5 Agosto, l'infermo ha avuto quattro forti accessi, dopo i quali è rimasto a letto. È notevolmente depresso; avverte dolore intenso all'appendice xifoide, per cui non può liberamente respirare. Dice di sentire come se avesse un velo dinanzi agli occhi; avverte delle punture lancinanti nel fondo dell'occhio; ha lagrimazione e deglutisce con difficoltà; avverte solletico alla gola; ha esagerata salivazione; suda moltissimo alle mani. DP—mm. 2 1|2 in entrambi—CVE — Enorme congestione; la papilla è solcata in tutt'i sensi da numerosi vasellini, la cui esistenza a stato normale era problematica; la retina è opacata fortemente, ed in alcuni punti sono visibili delle emorragie puntiformi. Intorno ai vasi vorticosi rilevasi infiltrazione edematosa. CV — L'esame perimetrico si rende impraticabile. FV — metri 0,50 mm. 2. SC — L'infermo riconosce semplicemente il rosso, il marron ed il giallo.

« Agosto 6 — Alle 4 a. m. un solo accesso di media intensità; l'infermo però è ancora molto depresso ed avverte un velo innanzi agli occhi; giace a letto; aiutato dagl'infermieri si leva per l'osservazione a praticarsi. DP — mm. 3 in entrambi. CVE — La congestione persiste con non minore intensità. CV. La ricerca perimetrica è stata possibile, sebbene un po' difficoltosa; si è rinvenuto un forte restringimento, vedi Fig. II (———). FV — metri 0,70 — mm. 2. — SC. Come il giorno 5.

« Agosto 7 — Nessun accesso; però la depressione psichica persiste ed è notevole. DP — mm. 3 in entrambi — CVE — Il fondo dell'occhio è ancora leggermente fosco, sebbene la dilatazione vasale fosse abbastanza diminuita; la retina si mostra meno opacata. CV — Non ancora è normale, vedi Fig. II (- - - -). FV — metri 0,80 mm. 2 — SC — Non riconosce ancora il violetto.

« Agosto 8 — L'infermo si sente discretamente bene; non si lamenta di nulla. DP — mm. 4 in entrambi. CVE — Le condizioni vasali sono quasi ritornate al normale, sebbene non ancora perfettamente. CV — Normale, simile al

giorno 1° Luglio. FV — metri 0,80 — mm. 1 (1) SC — Riconosce bene i colori presentatigli.

« Agosto dal 9 al 31 — L'infermo ha avuto 4 accessi intensi, ai quali è subentrato sempre il delirio; ha dovuto esser represso.

L'osservazione non è stata praticabile durante tal periodo di tempo. Una volta soltanto però eseguii alla meglio l'osservazione oftalmoscopica, la quale rivelò congestione attiva de' vasi endoculari. Le ricerche soco state poscia riprese nel detto infermo, e continuate per altri 2 mesi; il risultato è stato sempre costante a ciò ch'è stato precedentemente descritto; per brevità mi arresto dal seguire lo stesso infermo, e passo a presentare la storia d'un altro epilettico, che prendo così a caso fra tutte le altre storie.

2. Carlo Ted..... d'anni 16. Convulsioni epilettiche dall'infanzia non seguite da delirio. Profondo pervertimento morale; predominano il furto e la menzogna; il furto per il furto di qualunque cosa gli capita tra le mani, senza che ne senta il bisogno. È il ladro del Manicomio, e per tale è conosciuto da tutt'i folli. Notevole abbassamento delle facoltà intellettuali.

Esame Antropologico.

Circonferenza del cranio	510
Curva antero posteriore	320
» biauricolare	340
Semicurva ant.	270
» post.	240
» cr. destra	257
» » sinistra.	253
Diametro longitudinale.	178
» trasversale mass.	147
» frontale minimo	104
» bizigomatico	120

(1) È stato possibile ritornare alla scala ad 1mm.

Diametro auricolo spino nasale	100
» occipito mentoniero	170
» trasverso mandibolare. . . .	90
Altezza della faccia.	128
Indice cefalico	
Angolo facciale	75°
Orecchio lungo a destra	62
» » a sinistra.	60

Esiste profondo appiattimento della regione occipito parietale sinistra, con plagiocefalia posteriore destra. Deformità dell'orecchio destro; muscolatura discreta. Sporgenza in avanti dell'estremità inferiore dello sterno. Nessuna anomalia della faccia.

Esame degli altri organi negativo.

Il prospetto delle ricerche è il seguente:

1883. Luglio 1 — L'infermo non ha avuto alcun accesso da 10 giorni; sta benissimo.

L'osservazione praticata dà i seguenti risultati.

DP — mm. 5 in entrambi. CVE — Regolare vascolarizzazione, del resto nulla di notevole. CV — vedi Fig. I (- - - - - - -).FV — metri 0,80 mm. 1 — SC. Conosce bene il rosso, il verde, il giallo, il violetto, il blù, il marron.

Luglio dal 2 al 6 — Nessun accesso. Le ricerche sono state praticate ogni giorno collo stesso risultato.

Luglio 7 — Alle 6 a. m. ha avuto luogo un forte accesso. L'infermo è depresso, tace e risponde a stento. DP — mm. 4 1[2 in entrambi. CVE — Notevole congestione; la papilla è solcata in tutt'i sensi da numerosi vasellini; le vene sono turgide e risaltanti; vasi contorti fortemente ripieni di sangue. CV — Notevolmente ristretto, vedi Fig. I (————). FV — metri 0,40, mm. 1. SC — Non riconosce il violetto, il verde ed il celeste; il giallo lo chiama verde e sostiene la sua asserzione.

Luglio 8 — Le condizioni si sono ripristinate come nel giorno 1° Luglio.

Luglio 9 — Alle 8 a. m. mentre praticava l'osservazione oftalmoscopica l'infermo è stato colto da un leggerissimo accesso. Prostrato a terra ed assistito da due in-

fermieri eseguii per un istante l'esame endoculare, e non rinvenni nulla di anormale. Dovetti arrestarmi nella ricerca pel sopravvenire dello stadio clonico; verso la fine di questo ripresi l'esame del fondo dell'occhio, e notai la vascolarizzazione avvenuta; le vene erano molto rilevanti e turgide, il fondo dell'occhio alquanto fosco; la differenza era evidentissima. Però l'infermo cominciò a muoversi non tollerando più la luce dell'oftalmoscopio, e dovetti attendere sicuramente 10 minnti e più per riprendere l'osservazione. L'ammalato era stordito e non rispondeva; però l'accesso ripeto era stato leggerissimo. Ripresa la ricerca, l'iniezione vasale era evidentissima; due ore dopo non esisteva che appena una traccia. DP — mm. 5 in entrambi. CV — Leggermente ristretto, vedi Fig. IV (———); dopo tre ore ripetuto l'esame perimetrico risultò come Figura IV (- - - - - - -). FV — metri 0,80 mm. 1 — SC — Nessun'alterazione.

Luglio 10 ed 11 — Nessun accesso, e niente di rilevante nella ricerca.

Luglio 12 — Alle 5 a. m. forte accesso convulsivo; depressione psichica poco rilevante. DP — mm. 4 1[2 in entrambi. CVE — Notevole iniezione vasale (le stesse particolarità accennate nelle osservazioni precedenti). CV — Ristretto, vedi Fig. VI (———). FV — metri 0,60 mm. 1— SC — Non riconosce il violetto, il verde ed il celeste, dicendo di non averli mai veduti.

Luglio 13 — Alle 4 a. m. altro accesso intensissimo. L'infermo è molto depresso. DP — mm. 4 1[2 in entrambi. CVE — Notevolissima dilatazione vasale; la papilla si distingue a stento per gli orli; le vene sono riempite fortemente di sangue e risaltano come cordoncini; la retina è molto opacata. CV — L'esame perimetrico si rende difficoltoso e stanca molto l'infermo; però controllando i risultati a più riprese, si nota un forte restringimento; vedi Fig. VI (- - - - - - -). FV — metri 0,60, mm. 2 — SC — Riconosce solamente il rosso ed il giallo.

Luglio 14 — L'infermo si è rimesso. La ricerca non fa notare che semplicemente un leggerissimo grado d'iniezione de' vasi del fondo dell'occhio; del resto null'altro di notevole.

Luglio, fino al 20 — Nessun accesso.

Luglio 21 — Forte accesso; ecc. ecc. sono continuate le ricerche,

---

Le altre 38 storie cliniche rassomigliano quasi perfettamente alle due precedenti, salvo delle piccole differenze trovate nel modo come si comporta la pupilla e ch'io ho già accennato nella IIª parte del mio lavoro, e che per evitare ripetizioni mi astengo dal ritornarvi sopra.

V.

Interpretazione dei risultati ottenuti.

Eccomi giunto all'ultima parte del mio lavoro, ch'è certamente la più difficoltosa. Dare una giusta interpretazione dei fenomeni notati in una malattia del sistema nervoso, come l'Epilessia, è un compito per se stesso abbastanza grave. Io però pur non avendo la pretensione di risolvere completamente i quesiti, che mi si presentano dopo le osservazioni cliniche praticate, cercherò in tutte le maniere possibili di vagliare bene i fatti, e procedere sempre basandomi essenzialmente sulle cognizioni fisio-patologiche, che io mi adopererò ad armonizzare ai costanti risultati clinici ottenuti; il tutto poi confortato dalle osservazioni di qualche autopsia di epilettici, e di esami istologici corrispondentemente eseguiti.

Mi si permetta intanto che nella mia esposizione cominci dall'anteporre ai fenomeni pupillari l'interpretazione dei risultati ottenuti dall'osservazione dei vasi del fondo dell'occhio, solamente per semplificare vieppiù, ciò che mi propongo di sviluppare.

Nelle affezioni psichiche il sistema vasomotore soffre senza eccezione; e nell'epilessia io stimo che possa e debba applicarsi a preferenza tale massima; ciò lo ha evidentemente dimostrato il fatto clinico da me rinvenuto *costantemente* nei numerosi epilettici studiati.

Il vario modo di comportarsi dell'iniezione vasale del

fondo dell'occhio, e specialmente il prolungarsi di essa, credo che possa costituire una prova patente, che in realtà il sistema vasomotore rappresenti una parte importante nell'epilessia.

L'iniezione dei vasi del fondo dell'occhio indica la contemporanea iniezione cerebrale nel caso nostro; poichè è escluso ogni processo morboso localizzato nelle parti profonde dell'occhio, avendo fatto innanzi rilevare, che nella scelta degli infermi è condizione *sine qua non*, che non esista in essi alcuna lesione endoculare.

Io non ho bisogno di ritornare qui a ripetere ciò, che innanzi già è stato accennato sulla iniezione in discorso, sul rapporto di essa coll'intensità dell'accesso, sulla durata, ecc., solamente prima d'andare oltre nella esposizione, stimerei utile riportare in breve qualche autopsia di alcuni miei epilettici, morti in seguito ad accessi intensissimi, e riferirne eziandio l'esame istologico dei tessuti più importanti da me praticato, poichè ciò agevolerà di molto la mia interpretazione, e mi permetterà una più chiara ed esatta analisi.

Riassumendo per poco l'esame necroscopico, eseguito dal prof. *Armanni*, venne in tutti rinvenuto: fortissima iperemia delle meningi, del cervello e della midolla spinale; notevolissimo ingorgo sanguigno dei polmoni con atelettasia dei lobi inferiori; estremo grado di cianosi della sostanza midollare e corticale dei reni; fegato molto ricco in sangue; mucosa gastrica fortemente e diffusamente iperemica; milza notevolmente rammollita, ec. ec. cosi di seguito.

Ho creduto inutile dilungarmi troppo in una esposizione minuta delle summenzionate autopsie, essendo abbastanza sufficiente il già detto, per mostrare come trattisi d'una congestione generale.

In tutte le altre autopsie di epilettici morti in seguito all'accesso ed eseguite nel nostro Manicomio dal prof. *Armanni* (il che risulta dal libro di necroscopie) negli anni precedenti, il risultato è stato sempre lo stesso.

Non mancai a mia volta di eseguire l'esame microscopico dei pezzi anatomici previamente induriti; e nei diversi epi-

lettici il ritrovato fu sempre lo stesso, e ch'io qui rapidamente riassumo. Notevolissima dilatazione dei vasi del cervello; i capillari specialmente della corteccia enormemente dilatati; non colorando qualche preparato, anche con un mediocre ingrandimento egli era facilissimo osservare una ricchissima rete vascolare a guisa d'un ricamo. I globuli sanguigni allineati nei vasellini e pigiati; parecchi fuorusciti dalle pareti vasali senza lesione apparente di queste; altrove, e ciò specialmente nelle circonvoluzioni motrici, piccoli gruppi di globuli di sangue stravasati, mediante rotture impercettibili dei vasellini. Anche nella sostanza bianca era facile constatare la forte dilatazione dei vasi, e non mancavano eziandio emorragie puntiformi.

Nel ponte, nella midolla allungata, nella midolla spinale gli stessi fatti, che per brevità mi astengo dal ripetere. Anche negli altri organi esistevano le tracce della forte congestione; nei reni e nel fegato era veramente straordinaria la dilatazione dei vasi. In preparati colorati coll'ematossilina risaltava molto agevolmente l'ingorgo sanguigno a guisa d'una rete mirabile. Nel rene a preferenza era facile notare la rottura dei capillari con numerosi e diffusi stravasi di sangue; in alcuni punti i globuli sanguigni eransi infiltrati là dove il tessuto connettivo era più lasco; in altri punti avevano sollevato l'epitelio dei canalicoli raggruppandosi; altrove poi i detti canalicoli erano addirittura notevolmente ripieni di sangue, e l'epitelio distrutto.

Fatti identici nel pulmone, negli altri organi, ecc. ecc.

Per vero tale descrizione è stata troppo sommaria; e non è a negarsi che minutissime indagini istologiche praticate su epilettici molto giovani, morti in seguito a qualche accesso, condurrebbero forse a qualche risultato, mettendo in evidenza i punti maggiormente lesi, e tante altre particolarità possibili, che si potrebbero rinvenire.

A me basta però aver semplicemente accennato alla notevolissima congestione, avvenuta *diffusamente ed acutamente* in tutto l'organismo, per cui la vita non era più compatibile, stante la violenta alterazione determinatasi nel ricambio materiale organico, disturbato pro-

fondamente e ad un tratto, per cui i poteri fisiologici non divenivano più suscettibili di riparazione.

Ma non è stata senza una qualche ragione ch' io ho voluto saltare dalla descrizione del decorso dei disturbi vasomotori nell' Epilessia, al fatto ultimo la morte dell'Epilettico; poichè oltre a rendere indiscutibile la dimostrazione dei disturbi vasomotori nella malattia in discorso, dall'altra mi si renderà agevole tracciare tante gradazioni successive degli stessi disturbi vasomotori, tra un'accesso leggierissimo ed uno di tale intensità da produrre la morte. Mi spiego meglio.

Supponiamo che in un Epilettico abbia avuto luogo un'accesso intensissimo, il quale non si sia protratto tanto, ovvero non abbia raggiunto tal grado da determinare la morte. Senza dubbio avverranno egualmente disturbi notevoli nella circolazione cerebrale, non nel grado estremo, come innanzi ho descritto; allora i poteri fisiologici dell'organismo dovranno entrare in azione per riparare i danni determinatesi, e che secondo me si potrebbero riassumere : in traumatismo vasale per violenta congestione e quindi disturbi nutritivi nelle pareti dei capillari ; ed alterazioni nutritive della sostanza cerebrale per i disturbi vasali e per il ricambio materiale momentaneamente ed acutamente alterato. (1) Per certo dopo l'accesso i vasi non riprenderanno immediatamente il loro volume primiero, nè la circolazione cerebrale così violentemente sconvolta , potrà funzionare con la primitiva regolarità. Inoltre dall' altra parte il processo di riparazione deve subentrare, ed esso consiste appunto nel determinare una maggiore affluenza di materiale nutritivo verso le parti transitoriamente deteriorate; il che significa che una maggiore copia di sangue deve accorrere e circolare nei capillari sanguigni là dove è di maggiore necessità. Il lavorio riparatore quindi avrà innanzi a sè un compito più o meno lungo e difficoltoso a seconda dell' intensità dei

(1) Negli altri organi avverranno eguali disturbi nutritivi nelle pareti vasali; con ciò potrebbe spiegarsi ad esempio l'albuminuria transitoria, i disturbi nella respirazione ecc.

disturbi avvenuti. E poichè si tratta di sistema nervoso, cioè del tessuto più differenziato dell' organismo umano, non recherà maraviglia se il processo di riparazione si prolunghi spesso notevolmente, poichè si conosce bene dalla fisiopatologia sperimentale, che il tessuto il quale risente dippiù i danni d'una alterata idraulica circolatoria è il tessuto nervoso.

Si comprenderà bene allora come dopo un intenso accesso epilettico, per equilibrarsi il sistema vasomotorio vi vorrà un certo tempo; e di qui possono benissimo stabilirsi delle gradazioni successive degli attacchi convulsivi di media intensità e di quelli leggieri. Le difficoltà del processo di riparazione diminuiranno progressivamente, l'equilibrio sarà meno lento a stabilirsi, e la congestione durerà di meno.

Nei casi in cui sopravvenisse un'altro accesso, mentre ha luogo il lavorio riparatore, il disquilibrio del sistema vasale aumenterà, e quindi sarà più lento il ristabilirsi delle condizioni primitive.

Ora ammesso per poco queste brevi osservazioni, sarà agevole comprendere i corollarii già da me enunciati a pagina 24 e che vertono sull'intensità e durata dell'iniezione vasale, le quali erano in rapporto con la varia intensità dell'accesso.

Intanto sorge qui spontanea una dimanda; di qual natura è l'iniezione in discorso e d'onde sia causata.

Innanzi (pag. 16.) ho fatto rilevare il risultato di due osservazioni oftalmoscopiche praticate su Epilettici durante il periodo tonico dell'accesso, ed in cui niente di notevole appariva nei vasi del fondo dell'occhio. L'osservazione fù fatta per pochi istanti, però anche un' istante è sufficiente per chi è abituato a tal sorta di ricerca. Forse si opporrà che due ricerche sono ben poche; ma quando si rifletta alla difficoltà di esse e quanto sia poco facile trovarsi in condizioni favorevoli per eseguirle, due osservazioni valgono già qualche cosa. Adunque posso affermare che nell'inizio dello stadio tonico non ha luogo alcun fatto di congestione sia attiva che passiva, e di conseguenza nè viene che l'accesso epilettico non è causato da ipere-

mia cerebrale ; in altri termini il momento patogenetico dell' attacco non è certamente un' afflusso di sangue. Con ciò resta confutata l'asserzione di quegli autori, di cui alcuni sostenevano che l'accesso epilettico fosse causato da iperemia attiva altri da iperemia passiva.

Si è stato durante la fine delle convulsioni cloniche di leggieri accessi (poichè durante le convulsioni non è possibile), come anche immediatamente dopo intensi attacchi, e nelle ore consecutive, che le mie osservazioni oftalmoscopiche hanno fatte rilevare la notevole congestione esistente nei vasi del fondo dell' occhio. Sicchè si può affermare che i fatti congestivi cominciano verso la fine dello stadio tonico e vanno mano mano accentuandosi durante le convulsioni cloniche, comportandosi nel modo già innanzi descritto.

Sulla natura di detta congestione non sorgeva in me alcun dubbio, poichè la ricerca oftalmoscopica dimostrava i vasi venosi enormemente dilatati, il colorito generale del fondo dell'occhio molto fosco; laddove i vasi arteriosi sebbene pulsanti con maggiore celerità e più rilevanti, pure sembravano un pallido riscontro con le vene risaltanti in neri cordoncini. Anche i fatti consecutivi all'accesso d'infiltrazione edematosa della retina con diminuizione della trasparenza di essa, dimostrano il predominio del disturbo nel sistema venoso. E quando tuttociò si mette in relazione con i fenomeni esteriori presentati dall'infermo, ogni dubbio sulla natura dell'iniezione sarà certamente eliminato.

Quale sia poi il momento patogenetico di tale iniezione vasale, se lo spasmo della glottide o un disquilibrio nei centri vasomotori corticali, o transitori cangiamenti nel midollo allungato, o altra causa, io per me mi riservo per ora di tacermi, sperando che studii sperimentali e minute indagini istologiche mi mettano in grado di addentrami in seguito in una seria discussione sulla patogenesi dell' Epilessia, confortato da argomenti basati così solidamente, come sono l' esperimento e l' osservazione clinica.

Intanto rinvenuta costantemente la congestione cerebrale dopo ogni accesso epilettico a convulsioni toniche

cloniche ed avendo rilevato la durata spesso notevole di essa, vediamo di ritrarre qualche considerazione la quale potesse riuscire di qualche utilità per la patologia dell'Epilessia.

Queste ripetute e prolungate congestioni, per quanto il lavorio riparatore possa riuscire efficace a riequilibrare le cose nello stato primitivo, pure a via di rinnovarsi, per certo influiranno sulle condizioni generali della massa cerebrale, la quale finirà per risentirne del nocumento. E se si riflette per poco che il cervello dell' Epilettico già per se stesso non rappresenta un tutto armonico, nè vi è perfetto equilibrio nelle diverse parti che lo compongono, si comprenderà bene di qual nocumento possano riuscire i facili disturbi vasomotori, in un tessuto così delicato e che sta in continua evoluzione. Sono disturbi nutritivi che si determinano, e le diverse parti del cervello quindi non possono, diciam così, rinvigorirsi, nè acquistare ulteriore differenziamento, poichè un novello accesso distrugge in parte ciò che il processo di riparazione stava compiendo.

E poichè esistono tali disturbi nella massa encefalica degli epilettici, disturbi che si ripetono spesso a breve distanza, recherà forse meraviglia se la funzionalità ne venga ad essere alterata? E quando si rifletta, che moltissimi infermi sono Epilettici sin dall'infanzia, in un'epoca in cui le facoltà psichiche sono ancora involute, è a maravigliarsi ripeto se in tali individui viene a mancare fin dalla tenera età l'adattamento speciale al regolare ed equilibrato sviluppo delle diverse facoltà mentali? Di quì, credo, la ragione se negli epilettici alcuni sentimenti alti e nobili non sono bene sviluppati o mancano del tutto. Mi dilungherei troppo, se volessi per poco analizzare minutamente lo sviluppo delle diverse facoltà in rapporto ai disturbi nutritivi della sostanza cerebrale. Solamente desidero far rilevare come sia possibile dopo tali considerazioni, spiegare chiaramente il deterioramento delle facoltà intellettuali negli epilettici, che vanno incontro a frequenti ed intensi accessi. In molti infermi in cui la malattia si è svolta nell'età adulta ed in cui gli attacchi hanno luogo con lunghi intervalli, è facile scorgere com' essi relativamente stanno

*

bene e non presentano alterazioni di rilievo nelle loro facoltà psichiche, appunto perchè così non hanno luogo frequenti congestioni, e v'è tutto il tempo possibile tra un'accesso ed un'altro, onde i poteri fisiologici possano ben riparare i danni avvenuti.

Ho accennato spesso innanzi nel corso del mio lavoro ad uno stato di depressione psichica, la quale di sovente segue all'accesso epilettico, ed ho potuto determinarne altresì il rapporto collo stato d'iniezione de'vasi del fondo dell'occhio. La spiegazione al proposito credo che debba ricercarsi, da una parte nell'esaurimento nervoso, consecutivo alla sindrome drammatica epilettica, e dall'altra nell'alterata idraulica circolatoria, nella stasi sanguigna.

Ammessi quei disturbi vasomotori innanzi dimostrati, ed i quali producono degli ostacoli alla libera esplicazione funzionale del cervello, ne viene di conseguenza che lo stato di depressione sia molto probabilmente dovuto oltre all'esaurimento nervoso, al ritardo de'processi funzionali cerebrali.

Giunto ora alla fine di queste mie osservazioni sui disturbi vasomotori nell'epilessia, è facile accorgersi come la ricerca oftalmoscopica di tali infermi potrebbe riuscire d'una qualche utilità per la Medicina legale. Si sa bene quante volte vien simulato l'accesso epilettico, sia per esimersi dal servizio militare, sia per declinare la responsabilità di qualche delitto commesso. Vi sono individui che imitano con tale perfezione l'accesso epilettico da indurre in errore anche qualche persona dell'arte. Ebbene s'io giungessi a dimostrare che negl'individui i quali simulano l'accesso epilettico, le condizioni de'vasi del fondo dell'occhio sono di molto differenti da quelle da me rinvenute costantemente dopo ogni attacco ne'miei 40 infermi, allora io potrò offrire alla Medicina legale un argomento prezioso, che in casi dubbi dissiperebbe l'errore.

Quando l'anno scorso (1884) communicai alla R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, i risultati di queste mie ricerche, accennai all'utilità, che poteva apportare l'esame oftalmoscopico degli epilettici alla Medicina Legale. Allora però non ancora avea avuto l'occasione di prati-

care delle osservazioni oftalmoscopiche su individui, che simulassero l'accesso epilettico a perfezione, e quindi non conosceva in questi ultimi il modo di comportarsi de'vasi del fondo dell'occhio.

Più tardi mi sono imbattuto in un giovane inviato nel nostro Manicomio Sales dalla Questura come epilettico, ed il quale m'è stato della massima utilità, poichè esso ha fornito una splendida controprova alle mie ricerche oftalmoscopiche, già innanzi eseguite. Quest'individuo a nome *St.... Giuseppe* abbastanza noto negli Annali della Questura, e per essere riuscito ad esimersi da parecchie pene (in seguito a furti, ecc.) simulando sempre in Tribunale un accesso epilettico tipico, con tutte le particolarità della sindrome drammatica caratteristica di tale malattia. Venuto nel Manicomio, un giovane dello stesso stampo suo spontaneamente confessò agl'infermieri della sala di osservazione, l'abitudine contratta dallo *St....* di simulare l'accesso epilettico, onde esimersi da qualche pena. Tutt'i Medici del Manicomio ànno osservato con quanta perfezione il detto *St.....* simulava l'accesso; l'istantaneità, il pallore, lo spasmo glottideo, la stadio tonico e clonico, il ruotare in sù de'globi oculari, la cianosi ecc. ecc. Difficilissimo poter praticare l'osservazione della pupilla, poichè gli occhi erano ruotati abilmente in sù, e pei movimenti che facea, diveniva abbastanza difficoltosa la ricerca, tanto più che in un occhio esisteva cateratta lenticolare con sinechia dell'iride.

L'ammoniaca pura per risvegliare movimenti riflessi, del tabacco fortissimo, punture ecc. ecc., altri mezzi tentati durante l'accesso non valsero a nulla. È inutile già dire che appena gli si diceva d'interrompere la convulsione, egli immediatamente si levava sù sorridendo, e cercando attentamente di cogliere qualche nostra osservazione, onde avvalersene, forse per perfezionare vieppiù l'attacco simulato. Egli dicea di essersi abituato a tollerare gli odori irritanti; infatti ei fiutava impassibilmente l'ammoniaca, ecc. ecc. senza muoversi, nè dimostrar nulla. Lo *St....* è stato tenuto sotto stretta sorveglianza per parecchi mesi nel Manicomio, onde studiare se oltre le

convulsioni simulate avesse realmente degli accessi epilettici; ma nulla si è verificato. Furono anche prese delle minute indagini, per ricercare se avesse bambino avuto mai convulsioni; però ogni ricerca riuscì negativa. Il detto infermo venne rilasciato in seguito alla Questura.

Certamente io non mi son lasciato sfuggire questa occasione per ottenere una controprova dei miei studi endoculari.

Infatti dopo aver studiato prima le condizioni dei vasi del fondo dell' occhio del detto *St.* . . . , gli raccomandava di eseguire un intenso accesso con tutte le particolarità già accennate. Lo *St.* . . . immediatamente simulava l'attacco, alla fine del quale io subito praticai l'esame all'oftalmoscopiò, come anche parecchi minuti dopo ecc.

Ebbene il risultato fu sempre identico: *le condizioni de' vasi del fondo dell' occhio erano immutate.* Ripetetti spesso l'osservazione, e costantemente ottenni lo stesso risultato.

Questa controprova da me qui molto brevemente riferita, da una parte depone sempre più a favore della grande importanza che hanno le modificazioni vasomotorie nell'epilessia, e dall'altra fa scorgere, come l'osservazione oftalmoscopica potrebbe realmente riuscire di grandissima utilità e a scopo diagnostico, e alla Medicina Legale; poichè sarebbe un argomento decisivo, qualora l' osservazione si pratichi immediatamente e venga studiato scrupolosamente il modo come si comportino le condizioni vasali endoculari, con tutte quelle particolarità da me già accennate nella II^a parte del mio lavoro. Io spero quindi che i Professori Medici del nostro Esercito, ed i Professori chiamati come periti dal Giureconsulta Penalista, vogliano avvalersi di queste mie ricerche oftalmoscopiche, onde dileguare de' dubbi, e far sempre più risplendere di vivissima luce, la Legge!

Passiamo ora a considerare un po' i disturbi rinvenuti nel campo visivo degli epilettici dopo l'accesso; e poichè le conclusioni già innanzi a tal proposito accennate meritano qualche interesse, ed io per l'interpretazione dovrò ricorrere alla *zona visiva corticale*, sarà utile tracciare

rapidissimamente su di questa, un breve cenno degli studi eseguiti da' diversi autori, guardandomi bene dall' ingolfarmi troppo nelle ricerche da essi praticate.

Il Panizza nei 1855-56 stabilì con studi sperimentali, che alla distruzione de' lobi occipitali segue cecità, come pure all'enucleazione de'bulbi oculari segue atrofia del nervo ottico, eminenze bigemine, talamo ottico e i fasci midollari procedenti dalle circonvoluzioni della parte posteriore dell'emisfero cerebrale. L' A. riferì ancora due casi clinici, che col reperto necroscopico convalidarono lo studio sperimentale (1).

L' Hitzig (2), il Ferrier (3), il Musehold (4), il Dalton (5) eseguirono ricerche sperimentali sul lobo occipitale con asportazioni, le quali determinarono disturbi visuali notevoli. L' Hermann Munk (6) si distinse maggiormente in tali studi; ei ripone la localizzazione delle impressioni visive e delle immagini commemorative nel lobo occipitale intiero, notando però in questo un punto di maggiore intensità, ove particolarmente si depositano le immagini commemorative delle impressioni visive.

Lo stesso Autore (7), estirpando la metà destra della *sfera visuale* (lobo occipitale) provocò l'emiopia della metà laterale (temporale dell'occhio sinistro); estirpando la metà sinistra della sfera visuale sinistra, ottenne l'emiopia nasale dell' occhio destro.

Anche il Tartuferi (8) ha fatto degli studi interessanti al proposito su' conigli, come anche i Prof. Luciani e Tam-

---

(1) Giornale e memorie dell' Istituto Lombardo 1855-56. Rivista sperim. di Freniatria 1880, VI, p. 153.

(2) Centralblatt für die med. Wiessenschafften 1874.

(3) Functions of the Brain 1878, e The Brain 1880.

(4) Centralblatt für die med. Wiess. 1879 p. 245.

(5) Centres of the vision in the cerebral hemisferes (The medical Record 1881).

(6) Berliner Wochenschrifft, 1877 (Arch. für Physiol. 1878).

(7) Ueber di Functionen der Grosshirnrinde. Berlin 1881.

(8) Il tratto ottico ed i centri visivi mesencefalici e corticali, studiati sperimentalmente (Giornale della R. Accademia Medica di Torino). Maggio 1880.

burini (1) ed i miei egregi amici Andriani e Solaro *(Mov. Med. Chir. 1881)*.

Il Prof. Bianchi eziandio in un suo pregevole lavoro sperimentale (*Sulle compensazioni funzionali della corteccia cerebrale — La Psichiatria 1883*) ha praticato degli studi importanti sul centro visivo, ed ha dimostrato, come l'*area visiva* non sia limitata esclusivamente al lobo occipitale, ma ch'è molto più estesa fino al lobo frontale; e che per lui la sfera visiva corticale non solo è centro di percezione (come opina Munk), ma eziandio centro degli elementari atti della vista, e coordinatore degli stessi, che forniscono gli elementi delle immagini mnemoniche.

Recentemente i Prof. Luciani e Seppilli hanno eziandio praticato degli studi molto interessanti, che riguardano anche l'*area visiva* (Le localizzazioni funzionali del cervello).

Non son mancati numerosi casi clinici, i quali hanno convalidato le ricerche sperimentali. Cito il Fürstner (2), il Nothnagel (3) (il quale riporta ancora 4 casi, cioè: del Pooley, dell'Hirschberg, del Baumgarten e del Wernicke), l'Hughlings Jackson (4), il Bastian (5), il Wetter (6), il Westphal (7), ecc. parecchi altri.

Da questo rapidissimo cenno si può ben rilevare, come il centro visivo sia uno dei centri ben determinati sulla corteccia cerebrale.

Ora dai corollarii emergenti dalle mie ricerche perimetriche sugl'Epiletttici (pag. 24), risulta il restringi-

---

(1) Rivista Sperimentale di Freniatria. Reggio-Emilia 1879.

(2) Fürstner. Ueber eine eigenthümliche Sehestörung in paralytikern. Archiv für psychiatrie ecc. 1877.

(3) Topische Diagnostick der Gehirnkrankheiten. Berlin 1879.

(4) Ferrier loco citato p. 201.

(5) Cit. da Boyer. Etudes cliniques sur les lesions corticales des hemispheres cérébraux. Paris 1879, pag. 175.

(6) Ueber di sensorielle Function des Grosshirns nach den neueren Experimenten und den Klinischen Beobachtungen beim Menschen (Deutsche Arch. f. klin. M. Bd. 33. Heft. 6).

(7) Revue des sciences medicales en France et à l'étranger, Paris 1884, pag. 157.

mento del campo visivo, rinvenuto costantemente dopo l'accesso convulsivo, ed il quale ha quei caratteri speciali già innanzi accennati. Invero l'interpretazione di quest'anestesia retinica, concentrica in entrambi gli occhi, non fugace, non presenta un campo molto vasto a numerose ipotesi. In fatti quella che sorge spontanea, o meglio s'addimostra la più probabile, si è una interpretazione diciam così *corticale*. Una *discharging lesion*, la quale disquilibrando momentaneamente la regolare funzione del centro visivo tra gli altri centri, inducesse un'esaurimento nella potenzialità della zona visiva corticale, potrebbe fino ad un certo punto dare una spiegazione seducente del fenomeno di anestesia retinica rinvenuta. L'essere il restringimento tanto più accentuato per quanto più intenso è l'accesso, l'essere concentrico, depone sempre più a favore d'una così fatta interpretazione. La durata del disturbo poi rinvenuta spesso notevole, il rapporto costante trovato tra il grado del restringimento e le modificazioni vasali, consecutive all'accesso, fanno scorgere come solamente il disquilibrio dei centri non può completamente spiegare il fenomeno dell'anestesia retinica post-epilettica, e che certamente i disturbi vasali debbono eziandio avere la loro influenza.

Col dare una tale spiegazione corticale, il restringimento del campo visivo apporta un novello sostegno alla dottrina di quegli autori, che ammisero la genesi corticale dell'accesso epilettico.

Riguardo al rapporto rinvenuto tra il disturbo del campo visivo e la depressione psichica post-epilettica, io per me ritengo, che le modificazioni vasali da una parte e dall'altra la rallentata funzionalità, contribuiscono in quei casi speciali a prolungare l'anestesia retinica.

Consideriamo ora per poco i fenomeni pupillari.

Sul meccanismo d'azione della mutabilità del diametro pupillare a stato fisiologico, discrepanti sono le opinioni degli autori. Io non posso per vero far qui un minuto esame critico di tutte le dette opinioni (di cui ne accenno qualcuna nella nota (1)); però debbo confessare di pro-

(1) Già il Kussmaul dopo sue speciali osservazioni stabilì, che

pendere a credere che, poichè le esperienze fisiologiche dimostrano ch'esiste un arco diastaltico eccitomotore tra il nervo ottico, le eminenze qnadrigemini, le fibre che uniscono queste ultime ai nuclei di origine del 3° paio nel pavimento dell'acquedotto di Silvio, il 3° paio stesso nel ganglio oftalmico ed i nervi ciliari, è ammissibile che molti movimenti pupillari siano dovuti all'eccitabilità della retina. Non è a dubitare però, che modificazioni pnpillari possono anche determinarsi in modo diretto da'centri.

---

la pupilla si dilata durante l'inspirazione e si restringe durante l'espirazione; la dilatazione dipenderebbe dalla deplezione dei vasi dell'iride, determinata dalla contrazione vasale. Il Wernicke (Wernicke-Verhalten der Pupillen bei Geisteskranken. Virchow's Archiv Bd. 56, pag. 403) però dimostrò con esperimenti, che con l'impedire o con favorire l'afflusso di sangue al globo oculare non si modifica per nulla l'indice di dilatazione della pupilla, onde conchiuse che il diametro di questa non dipende dalla quantità di sangue, che scorre nei vasi dell'occhio e quindi anche nell'iride. Anche il Frank (Iahresbericht ueber die Leistungen und Fortschritte in der Gesammten Medicin, 1878, Bd. II, 461) non ammette che la dilatazione della pupilla fosse causata dai cambiamenti vasali, poichè da studii da lui praticati risulterebbe che:

1) La dilatazione della pupilla dopo l'eccitamento del simpatico comincia prima che i vasi principiano a restringersi.

2) Raggiunge il suo massimo mentre i vasi proseguono a restringersi.

3) Il restringimento della pupilla comincia mentre il restringimento vasale è aumentato.

4) La pupilla è già completamente ristretta, anzi più di quello ch'era prima dell'eccitamento del simpatico, mentre i vasi non ancora si sono di nuovo dilatati.

Vi sono degli autori che ammettono uno speciale dilatatore della pupilla, il che da molti vien negata e tra questi l'Edgren, (Edgren I. G. Nägra undersökningar öfver iris roresesmekanism his groden. Med. 8 taflor. Upsala läkareförenings förhandlingar. Bd. XI, pag. 185), il quale attribuisce la dilatazione, al potere elastico del tessuto dell'iride. L'eccitamento della retina determinata dalla luce, cagionerebbe il restringimento della pupilla, sicchè tutto si ridurrebbe ad un movimento riflesso.

Esistono eziandio le ipotesi di *Schiff* e *Salcowcky*, di *Budge* sostenuta da *Luchsinger*, *S. Mayer* e *Pribram*; ecc. parecchie altre.

Recentemente appunto il *Prof. N. O. Kovalevskii* ha comunicato i risultati da lui ottenuti dopo ricerche sperimentale nei gatti, dirette a stabilire il centro autonomo della dilatazione pupillare. Egli ha dimostrato come tale centro autonomo non risiede nel midollo spinale come altri autori opinano, ma invece nella cavità del cranio. Tale centro antonomo spiegherebbe la sua azione sia in modo diretto, che per vie riflesse (1).

Premesse queste brevi considerazioni, vediamo che avviene nell'epilessía. Nell'accesso si ha una rapida dilatazione; e ciò non credo che voglia attribuirsi ad un eccitamento riflesso proveniente dal nervo ottico, ovvero da altri nervi sensitivi. Io per me penso che sia questo il vero caso in cui il fenomeno viene determinato direttamente da' centri. Un disquilibrio determinato sia da una *discharging lesion*, sia da altra causa, e che disturbi transitoriamente la tonalità de'centri, può spiegare fino ad un certo punto, la rapida dilatazione pupillare. E il disquilibrio deve a preferenza produrre un rapido disturbo in quei centri destinati specialmente ad esercitare una energica azione tonica su determinati organi, gli sfinteri. E si sa bene come nell'epilessia non sia solamente l'iride a risentire gli effetti del disquilibrio, ma anche altri sfinteri, appunto per il potere di controllo momentaneamente alterato.

L'ipotesi del disquilibrio de'centri corticali da me propugnato, può, come si vede, fino ad un certo punto dare una probabile spiegazione del fenomeno pupillare.

Ma le difficoltà maggiori sorgono precisamente, quando bisogna interpretare il modo di comportarsi della pupilla negl'intervalli degli accessi. Io per me credo che qui non una, ma parecchie siano le cause, che producono o fanno variare i fenomeni pupillari. Da una parte dò grande importanza alle modificazioni vasomotorie, dall'altra ai fe-

---

(1) Per maggiori schiarimenti vedi: *Prof. N. O. Kovalevskii.* Issliedovania ob innervatsii raschirenia sratcka — 1885, Kasan — Ricerche sull'innervazione dilatatrice della pupilla. Ovvero anche nell'Arxiv Psixiatrii Neirologii i sudenoi Psixopatologii etc. Tom. VI. N. 2. pag. 140, 1885.

nomeni psichici. Io non fo che accennare semplicente, nè intendo ingolfarmi troppo in un argomento, che per sè stesso dovrebbe costituire il tema d'un lavoro. I disturbi vasomotori, adunque, specialmente quando sono molto rilevanti, potrebbero forse spiegare ad esempio il restringimento pupillare che frequentemente rinviensi dopo accessi epilettici molto intensi, quando si considerino per poco i disturbi nutritivi, che debbono aver luogo, e che per leggi fisio-patologiche debbono ancora implicare fatti reattivi. E quindi leggieri irritazioni nei centri, che presiedono ai fenomeni pupillari, potrebbero produrre il fenomeno del restringimento. Deporrebbe in qualche modo a favore della spiegazione in proposito, nel non avverarsi facilmente alcun restringimento dopo leggieri accessi, nè nel presentarsi sempre dopo accessi di media intensità; insomma quando le alterazioni vasali pur esistendo non sono di molto rilievo. Credo ancora avere grande influenza i fenomeni psichici, sia per i fatti vasali stessi, sia per altra causa, ch'io non veggo ancora molto netta. Come pure influiranno forse le modificazioni determinatesi nella retina; insomma molteplici saranno le cause, su cui però dovranno praticarsi ancora ricerche minute ed esatte, prima di avventurare ipotesi.

Sicchè bisogna confessare che al proposito esistono ancora delle lacune, che osservazioni cliniche e ricerche sperimentali dovranno riempire.

Mi resta ancora a dire qualche parola sui disturbi della forza visiva e del senso cromatico rinvenuti dopo l'accesso.

Sulla forza visiva i disturbi si rivelano a preferenza dopo accessi intensi, nè si prolungano molto. E poichè innanzi ho fatto notare il rapporto esistente tra la diminuzione della forza visiva, le modificazioni vasali cerebrali e la depressione psichica, ed avendo eziandio dimostrato i disturbi rinvenuti nel campo visivo costantemente, così non credo dover dilungarmi su tale argomento.

L'esaurimento nervoso per sé stesso è atto a fornire l'interpretazione più probabile del disturbo, come pure le modificazioni vasali possono fornire un addentellato alla

spiegazione della durata, che venne trovata nel disturbo dopo accessi molto intensi.

Sul senso cromatico poi io trovo degli argomenti utili alla spiegazione de' disturbi rinvenuti dopo l'attacco convulsivo, riferendomi da una parte allo stesso esaurimento nervoso, all'anestesia retinica ritrovata col perimetro, e dall'altra ai disturbi vaso-motori e psichici.

In verità, la dimanda, che sorge spontanea si è, se il disturbo del senso cromatico dipenda da disturbi dell'organo deputato a rilevare i differenti colori, cioè la retina, ovvero dipenda da disturbi degli organi centrali deputati a percepirli.

Quest'ultima opinione è la più accettabile.

Ed infatti ciò vien dimostrato da ciò che innanzi ho detto (vedi pag. 40 a 45) a proposito dei colori che più facilmente non vengono riconosciuti dopo l' accesso epilettico. Sembra che i colori il cui numero di vibrazioni è minore e quindi la lunghezza d'onda maggiore, siano più atti ad essere più percepiti, appunto perchè la durata dello stimolo è meno rapida. Che poi anche i disturbi ne' vasi coroidei e la diminuzione di trasparenza della retina consecutiva ad intensi accessi, possa influire ad accentuare il fenomeno del disturbo del senso cromatico, ciò non può assolutamente escludersi.

In tal guisa dò termine all'esposizione del mio lavoro, sperando che il controllo di altri autori possa confermare vieppiù i risultati da me ottenuti, ed augurandomi che la serie delle ricerche da me praticate, possa riuscire di qualche utilità allo studio dell'Epilessia.

CONTRIBUZIONE ALLA CASISTICA DELLA PARANOIA

Nota Clinica

del Dott. BRUNO BATTAGLIA

Il 19 maggio ultimo il Console d'Italia con suo decreto m'invitava assieme al dott. Desirello ad esaminare il sig. G. S. e rispondere ai seguenti quesiti:

1. Qual'è lo stato mentale di S. e, se anormale, di che specie di alterazione è attaccato?

2. Da quanto tempo trovasi in istato d'alienazione mentale?

3. Quali provvedimenti bisogna prendere nello interesse pubblico e della salute di S.?

Lo scopo di questa comunicazione essendo diverso da quello che ha dato origine all'esame del S., non trascrivo la perizia colle relative conclusioni, ma terrò nella esposizione quell'ordine che credo più adatto alla natura di questa comunicazione stessa.

Qui, infatti, non espongo la storia per dedurne diagnosi e prognosi, ma bensì per illustrare la patogenesi dell'alienazione ed il corso suo.

Si tratta di un caso di *paranoia ambiziosa*, di cui ecco la storia:

G. S. non avendo qui nè parenti nè amici che avessero potuto fornirmi notizie esatte sulla famiglia da cui proviene, e sulla propria infanzia, non che sui diversi periodi della sua età, ho dovuto attingere le notizie biografiche da lui medesimo, nonchè da lettere e scritti fornitimi.

Il sig. S. nacque a Cesenatico da genitori sani e, da quel che pare, in famiglia non si ebbero pazzi: dai genitori, essendo discretamente agiati, ha potuto ricevere una mediocre istruzione fino all'età di 14 anni, epoca in cui essi morirono quasi contemporaneamente. Cosicchè vennero subito a mancargli tutte le risorse, e per vivere fù costretto impiegarsi come amanuense, ricavandone una retribuzione giornaliera dai 30 ai 50 centesimi, e ciò fino al suo 17°

anno d'età. In questa epoca ricevè la sua scarsa quota ereditaria, e se la consumò in brevissimo tempo.

Quindi, trovandosi nuovamente all'asciutto, andò a Roma e s'impiegò presso un zio ricco, ch'era negli affari, e quivi era ben trattato e viveva perciò con comodità. Ma, « annoiato dal caos europeo », conobbe un principe africano, ed avendo avuto invito di accompagnarlo, vi assentì, sperando aprire un corso di affari commerciali profittevoli. Ottenne una somma da un parente, e partì per l'Africa Meridionale. Ebbe la concessione di un porto franco nell'isola Tohanna, del gruppo delle Comore, presso Madagascar, ed entrò in rapporti con una Società commerciale di Milano. A tal'uopo, per incoraggiare un'intrapresa in grande, stampò un'opuscolo in cui con calcoli ben elaborati dimostrò l'utilità di un commercio tra l'Italia e quelle isole. Ecco come lui stesso in uno scritto narra le cose:

« Nacqui fin da *bambino* fra le tristezze della vita uma-
« na, e la fame fù la sofferenza maggiore che mi colpì.
« Non feci studii, ma colla mia grande attività di pen-
« siero seppi ammaestrarmi nella vita ».

« Annoiato dai dispiaceri e dalle miserie del caos eu-
« ropeo, un parente mi sovvenne di una somma e partii
« per l'Africa, scovrendone varie regioni orientali ed
« equatoriali ».

Frattanto, egli narra, colà si ammalò di fegato ed in tale circostanza restò parecchi giorni senza prendere cibo, e fù meravigliato, come, mentre era ammalato e digiuno, si sentisse più forte di prima, e tanto che potè fare a piedi per più ore una lunga escursione ad una montagna e restare, senza nulla soffrire esposto, al sole a capo scoperto.

In principio della sua narrazione egli scrive: « Io non
« fui giammai amante dello spiritismo, ma il sentirne
« parlare m'intusiasmava perchè ero credente allo spirito.»

Ma allorchè, trovandosi in una condizione subiettiva cotanto anormale, e non sapendosela spiegare, le reminiscenze spiritistiche si affacciavano alla memoria, fece dei tentativi di spiegazione; onde oggi scrive che « colà (in Africa) sposò lo spirito, poichè da solo ebbe campo di stu-

diare con la forza del pensiero (spirito suo) il perchè un' uomo ammalato, affaticato, restando per una diecina di giorni senza nutrimento alcuno, potesse far sparire il suo male, rinforzare la materia a tal punto da restare esposto ai raggi solari del mezzogiorno sotto la linea equatoriale, ed a testa nuda.» Chiarisce questo periodo dicendomi, che qualsivoglia persona ammalandosi e digiunando per parecchi giorni s' indebolisce e muore, egli al contrario si sentiva più forte e tanto da far lunghe camminate a piedi; dunque in lui vi era qualche cosa di straordinario. Ma che cosa poteva essere? Una forza estranea, uno spirito nuovo che agiva in quel modo eccezionale. Però, siccome non credeva allo spiritismo, questo primo tentativo di spiegazione non lo soddisfece, gli sembrò impossibile e lo respinse, ma, non trovando altra spiegazione dello strano fenomeno, cominciò a credere alla possibilità che veramente uno spirito nuovo agisse in lui. Questa possibilità prese radici nella sua mente rendendosi sempre più probabile.

Dovendo venire in Italia, pensò di esperimentare meglio la cosa e verificare il tutto, ed infatti venne a Roma. Egli, si era già intanto persuaso che veramente uno spirito era in lui, ma non ne parlò con nessuno, poichè sarebbe stato giudicato per pazzo, ciò che non amava. Sentiva però il bisogno di far conoscere il suo stato eccezionale a qualcuno che avesse potuto prestargli fede, onde dimostrargli poi con *esperimenti*, che quanto asseriva era vero. Non potendo sperare di essere creduto sul serio dalle persone colte, pensò che nella classe operaia potea trovare chi lo credesse; onde scrive « palesai queste cose ma non « venni creduto. Però i circoli spiritistici nelle loro not- « turne sedute ricevevano comunicazioni che un forte, detto « *Spirito leone*, era arrivato a Roma, ed il suo nome « di battesimo lo davano colle iniziali G. S. Fui ricer- « cato per tenere delle sedute sperimentali, dalle quali si « ottenne fenomeni sorprendenti, però lo spirito mio che « mi guidava diceva che li esperimenti si doveano fare « sù me stesso, perchè Spirito unito a materia immortale.»

« Cominciai le prove da me solo, ma gli uomini dai

« circoli spiritistici cominciavano ad essere gelosi ed io li
« abbandonai. Palesai queste cose ad altri amici che mi
« sostenevano, ma fra i tanti vi fù un traditore il quale
« asseriva in me la demenza fino a provocare dalle au-
« torità il mio arresto. Qualche mese dopo era reso alla
« libertà. »

A Roma dunque, non cerca più di spiegare a sè stesso lo strano fenomeno, egli è persuaso che in lui ci è uno spirito estraneo allo spirito suo, mercè cui può operare cose straordinarie, e questo spirito ha ricevuto anche un nome « Spirito leone ». Il delirio si è solidamente impiantato nella mente del S., e da questo momento lo domina. Egli cerca i mezzi migliori per persuadere gli altri. Ecco perchè in un circolo spiritistico fà degli *sperimenti*. Era veramente un circolo di quei soliti ciurmadori detti spiritisti, o era un circolo di burloni? Non sappiamo, ma egli ci dice che potè quivi indovinare la morte di un suo amico avvenuta in un paese lontano e fin'allora ignorata, che potè leggere delle lettere contenute in un suo portafogli chiuso e che non sapea sè ci fossero o no, ma di cui non ricordava il contenuto.

Da questo racconto apparisce che a Roma era in preda ad allucinazioni uditive che servono mirabilmente a rinforzare il delirio e vieppiù sistematizzarlo. Succede in lui qualche cosa di analogo a colui che sogna, crede di sapere dal di fuori che nei circoli spiritistici è annunziato il suo arrivo, e perciò ricercato, mentre la sua mente preoccupata da idee spiritistiche, proietta nel sensorio imagini allucinative, che crede provengano dal mondo esterno: sogna senza dormire, ciò che significa che il processo psichico è deviato. E, come nel sogno, dimentica certi fatti, come d'aver già letto le lettere contenute nel suo portafogli e d'aver già avuto la notizia della morte del suo amico, e nel ricordarsene crede d'indovinare cose nuove, perchè appunto è interrotto il corso normale degli eventi psichici. Maudsley narra nella sua *Pathology of Mind*, che Maury da fanciullo visitò Trilpart, villaggio sulla Marve, nel quale suo padre fabbricava un porto. Essendo vecchio sognò d'essere fanciullo e di stare a giuocare sul ponte della Mar-

ve ove vede un'uomo vestito di uniforme, che disse chiamarsi C. ed essere guardiano del ponte. Svegliato, restò nella sua mente il nome e la figura della persona, di cui aveva mai nè udito nè visto. Ma qualche giorno dopo domandò a un vecchio servo del padre se avesse conosciuto un tale C., e gli fu subito risposto che era il guardiano del ponte nel tempo che suo padre lavorava quivi.

Sono sensazioni rimaste dimenticate in fondo alla coscienza, perchè escluse dal corso ordinario del lavorio mentale. Occorre uno stimolo straordinario per risvegliarne la memoria, se no restano slegate dal resto dei fenomeni coscienti, e quando si riproducono sembrano eventi nuovi, come nel caso di S. che crede indovinare il contenuto delle lettere e l'uccisione dell'amico. Laonde l'indovinare cose ignote non può essere per lui che facoltà del suo *spirito leone*, e suppone con ciò di aver dato una pruova inconfutabile della esistenza in lui del detto *spirito leone*.

Da questo momento, credendo aver persuaso gli altri, di quel che era, non ebbe più reticenze, e cominciò a scrivere ad alti personaggi, dando ordini, consigli, protezioni ecc. tanto che fù rinchiuso nel manicomio di Roma. Egli era sicuro dell' onnipotenza del suo spirito, perciò credea che nel manicomio non era possibile trattenerlo, e perciò continuava a dare ordini, comandi ecc.

Ma accorgendosi ben presto che invece di essere ubbidito, dovea ubbidire ed uniformarsi alle regole nosocomiali, giudicò che il suo spirito leone commetteva una vigliaccheria abbandonandolo, e cominciò a tenere altra condotta: nascose completamente il proprio delirio, mostrandosi in tutto ragionevole presso il personale del manicomio, cosicchè dopo qualche tempo venne licenziato.

« Sortii, egli scrive, nuovamente dall'Italia e ritornai « in Africa nelle vicinanze del Mar Rosso, e colà da me « solo feci i miei esperimenti affinchè non avessi anch'io « a cadere nell' inganno di palesare cose che poi non « fossero. »

« Feci varie prove di forza sù me stesso, di bere ve- « leni (350 centigr. di morfina alla volta), restar per

« 28 (ventotto) giorni senza alcun nutrimento, e correre
« sulla montagna dell' Ataka (9 ore di cammino non in-
« terrotto). Bevvi quindi laudano più e più volte, giun-
« gendo ad ingoiarne un' oncia e mezza per volta e più
« se ne avessi avuto.

« Con la certezza del fatto mi portai al Cairo e detti
« un' ultima prova con leggera forza a diverse persone
« *inculte.* »

« Adesso per allontanare ogni dubbio sullo stato della
« mia mente chiara, limpida, lucidissima, ed allo scopo
« di rendere palese la forza che io tengo, mi dichiaro
« pronto a dare ancora uno esperimento innanzi ai cul-
« tori della scienza. »

Seguendo il processo logico della formazione del suo delirio in quest' ultimo periodo è necessario aggiungere, che in seguito ai suoi *sperimenti*, coi quali dice di poter stare digiuno e bere veleni impunemente, egli si è fatto il seguente ragionamento, che mi ha ripetuto:

Siccome gli uomini che digiunano e bevono veleni muoiono, e siccome lui ha fatto l'una e l'altra cosa, così dunque egli è morto. Ma essendochè cammina ed è forte, dunque vive, ma non per lo spirito suo, essendo lui morto, ma per lo spirito leone. Dunque lui è un *morto che vive*, perciò *immortale*; dall'Immortalità passa all'*onnipotenza* e si crede *Dio*. Il delirio arriva all' apoteosi dell'io per una successione logica di eventi. Datosi alla lettura dell'Apocalisse, il delirio trova pasto abbondante nelle strane fantasticherie ditirambiche quivi contenute, onde dà ai suoi scritti numerosi un'impronta mistica ed ambiziosa al sommo grado. Ma spesso l'incoerenza e la stranezza è tale da formare un guazzabuglio di frasi, spesso colleghate per semplice ritmo fonetico, ed intercalate da schemi grafici, in cui apparentemente nulla si capisce. Non pertanto conoscendo la storia del delirio, ed integrando i presupposti, le omissioni di pensiero e di parole, ci si può leggere chiaramente il delirio sistematizzato in tutta la sua ampollosità.

Egli ha ora l'età di 25 a 26 anni, di statura mezzana, magro, ma regolarmente conformato, d'uno sviluppo scheletrico normale. Non offre anomalie di sorta, e gode buona

salute. L'esame somatico non mi presenta tracce di malattie recenti o pregresse.

Le misure craniche mi hanno fornito i seguenti dati:

Diam. long.	mm. 168	Indice cef.	86.9
» trasv.	mm. 146		
Curva ant. post.	mm. 335		
Biauricolare	» 330		
Orizzontale	» 525	(ant. 250 p. 275)	

Semicurva orizzontale sinistra 267 — Destra 258

Forza di pressione al dinamometro di Math.

Mano destra 57

Mano sinistra 33

La semplice ispezione non è sufficiente a rilevare l'asimmetria cefalica; con quella si vede solo la brachicefalia. Laonde l'esame somatico non ci fornisce alcun elemento degenerativo, non potendo ritenere come tale la leggiera asimmetria cranica.

La diagnosi di paranoia manca quindi di due validi appoggi, quali l'anamnesi e le note somatiche degenerative. Non pertanto le note psichiche sono talmente chiare che nessun dubbio può cadere sulla natura della malattia; ciò che manca avrebbe potuto illustrare l'etiologia; ma sul riguardo oggi si possiede tanto materiale, da non farci deplorare la lacuna.

Quello che m'interessa di notare è il modo come il delirio si è formato, e se coi semplici dati psichici possiamo dedurre la natura degenerativa dell'alienazione.

Discussione

Se noi esaminiamo separatamente la serie di azioni del S. anteriore all'insorgere del delirio, ed indipendentemente dal delirio stesso, siamo indotti a ritenerle di natura quasi normali, trovandoci nulla che uscisse dal perimetro della vita ordinaria. Potremmo forse sospettare che il suo primo viaggio in Africa fosse stato causato dai soliti motivi che spingono i paranoici a viaggiare, a cercare avventure ecc. Ed infatti vedere costui lasciare il suo

zio ricco, da cui era ben trattato e condursi nell'Africa Meridionale a cercare miglior fortuna, in un paese perfettamente al di fuori della corrente migratoria italiana, darebbe valido appoggio all'ipotesi di uno squilibrio della di lui mente. Ma considerando la generale tendenza attuale alle emigrazioni, mercè cui si spera trovare, in paesi nuovi, nuove risorse, e l'offerta di un principe di quelle località di passaggio per Roma, di condurlo nei proprii paesi, questo viaggio diventa la cosa più naturale del mondo. Giunto colà ottiene realmente la concessione di un porto franco, e tenta utilizzarlo coll'aprire trattative commerciali basate sopra elementi ragionevoli. Infine la sua condotta è quella di un'uomo intraprendente che cerca formarsi una fortuna coi mezzi e metodi ordinarii, di cui se ne trovano moltissimi in società, onde nessuno potea sospettargli la menoma traccia di pazzia.

Stando così le cose il delirio sarebbe scoppiato improvvisamente, come nella mania, senza precursori, in una mente completamente sana?

No; e l'esame dei fatti ce lo dimostra, facendo servire la conoscenza che abbiamo del suo delirio ad illustrazione della sua vita anteriore. Imperocchè, se prima d'insorgere il delirio certe circostanze non aveano valore, dopo le acquistano, mettendo in relazione i due periodi della vita del S.

Infatti, egli ci dice che a Roma era annoiato dai dispiaceri e dal caos della vita europea: e questo dopo di aver sofferto la miseria e la fame, e trovandosi in una condizione d'agiatezza relativa, presso un zio ricco che lo trattava benissimo.

Ora questo senso di disgusto, che sarebbe stato legittimo quando soffriva la miseria, non era giustificato allorchè stava bene, anzi per l'esperienza passata avrebbe dovuto considerarsi come fortunato e perseverare nella posizione in cui si trovava.

L'annoiarsi, appunto in simile momento, dimostra che l'io dell'S. era in disaccordo coll'ambiente sociale, non perchè realmente esistessero i fattori estrinseci del suo dolore, ma per ragioni affatto subiettive. Mancava, quindi,

nell'S. la facoltà di adattamento all'ambiente sociale, dove la generalità degli uomini trova comodo vivere.

Ora è proprio dei psicopatici questa deficiente facoltà d'adattamento alle condizioni psichiche dell' ambiente sociale, oppure di quei caratteri eccezionali che non si piegano a nessuna transazione morale, e restano imperterriti innanzi a tutte le traversie della vita, mentre il resto degli uomini è il prodotto più o meno complesso dei vizii e delle virtù della società in mezzo a cui vive, e si adatta.

Non potendolo annoverare nè fra gli eroi, nè fra gli apostoli, dobbiamo ritenerlo come psicopatico, come uno di quelli in cui non si è determinata ancora nessuna forma morbosa caratteristica, ma che ha le condizioni per impazzire.

Cosicchè, se il delirio non fosse insorto più tardi ad illustrarci quest'episodio psichico non si sarebbe potuto da ciò ritenerlo per alienato.

Intanto il delirio come insorse?

Non sappiamo se veramente sia stato ammalato di fegato, ma certamente una malattia simigliante l'ha sofferta, per la quale perdè l'appetito e per qualche giorno restò digiuno. Ma malgrado il digiuno e la malattia con sua meraviglia osservò che si sentiva più forte di prima. Il fenomeno era troppo eccezionale per non colpirlo, e lui stesso, incredulo prima, cercò verificarlo meglio, facendo lunghe camminate senza stancarsi, e stando al sole senza soffrire.

Come poteva egli spiegarsi questo strano fenomeno? Se fosse stato un nevrologo, uno psichiatra, un patologo infine, avrebbe potuto trovare una ragione plausibile; ma il S. era niente di tutto questo, e la spiegazione trascendeva i limiti del proprio intelletto, delle proprie cognizioni, onde fantastica, evoca ricordi, e siccome nel patrimonio psichico della nostra società ci sono favole, miracoli, pregiudizii, tradizioni strane, credenze sciocche ecc., egli vi rinviene qualche cosa che fa al caso suo, e l'accarezza, trova possibile che uno spirito agisse in lui e su questa ipotesi la sua mente lavora ed intesse la spiegazione del fenomeno.

Una mente solidamente organizzata, se non era capace di spiegarsi la contradizione del fenomeno, avrebbe domandato spiegazioni a chi potea dargliene, per regolarsi a norma di esse. Egli invece ricerca da sè, e la prima ipotesi che gli si affaccia la coltiva, la realizza, ed è la sola che lo preoccupa quindi innanzi. Il fenomeno cessa d'aver carattere morboso per la sua mente, la quale non lo contempla che come prova del suo stato invidiabile. Manca in lui lo spirito critico razionale, e perciò si fa accalappiare dal primo grossolano errore, che lo trascina inevitabilmente.

È appunto la mancanza di sana critica che ha reso possibile la diffusione epidemica di certi delirii; e per cui un certo numero di operai che avvicinavano il S. stesso stavano per cadere nella stessa forma di delirio.

Lo spiritualista che crede all'anima, il teista che crede in Dio, il religioso che crede il miracolo, ragionano sopra un preconcetto su cui non discutono, come il S. non discute l'*innocuità* dei propri digiuni. Il preconcetto dei primi nasce dall'ambiente psichico in cui vissero, ed in parte da condizioni ereditarie, il preconcetto del nostro paranoico è un disturbo funzionale affatto subbiettivo; il primo preconcetto è modificabile con mezzi psichici, il secondo no: ma l'uno e l'altro generano delirii simiglianti (1).

S. qui, in Cairo, rappresentava una casa di commercio e trattava le faccende come qualunque altro; fuori del corso del delirio ragionava come ragionano tutti. Ma amicatosi un numero di operai raccontava il suo delirio e le prove che era capace di dare. Da indagini fatte mi risultò che il S. realmente restò qui in Cairo fino a 9 giorni digiuno, bevendo solo acqua, e facendo giornalmente lunghe camminate. In tali prove due persone non lo lasciavano mai, e fu forza costringerlo a mangiare, volendo

(1) Nel corso di questo comento, noi lasciamo all'Autore tutta la responsabilità delle proprie convinzioni scientifiche, e segnatamente di quelle che riguardano l'interpretazione dei fenomeni psicopatici dello S.

egli prolungare l'esperimento! Onde coloro che testimoniavano tali fatti divennero creduli al suo spirito, e se non fosse stato tolto di mezzo a loro ci era probabilità di veder propagato il delirio. Egualmente sono stato assicurato che bevè innanzi a parecchie persone una boccetta di laudano. Ma su ciò conservo i miei dubbii, che non ho voluto chiarire, avendo il S. insistito per bere qualunque veleno gli avessi voluto offrire.

Egli intanto asseriva essere stato fin 20 giorni senza cibo: non volendo fidare al suo racconto, è però constatato d'esserci restato 9; ed è tanto più da credere ai testimoni del digiuno, perchè ignari affatto di medicina, mi dicevano che la pelle era diventata scura e ruvida, come si osserva nei sitofobi.

Ora, prima di andare oltre, bisogna dimandarsi: è credibile ch'egli abbia potuto stare digiuno tanto tempo quanto egli narra, ed i testimoni dichiararono?

Consultando la letteratura antica e moderna si trovano numerosi esempii di digiuni protratti fino a parecchi mesi, colla conservazione successiva della vita.

Lasciando in disparte, come estranei al caso nostro, tutti i casi di persone sane che per varii incidenti (naufragi, terremoti, rovine d'edificî ecc.) furono costretti a lunghi digiuni il resto degli individui ricordati dalle storie sono in generale psicopatici. Beccari che scriveva nel principio del secolo scorso dice: pituitosis et melancholicis licet famem diutius ferre; eoque maxime pertinent aegritudines, quae cerebrum proprie et nervos infestant; quo in genere praecellant insanientes, et qui sopore, aut sensuum hebetudine, aut paralysi detinentur.

Oggi si usa un linguaggio più preciso, conseguenza di idee più nette: abbiamo dei fenomeni, e sappiamo che le isteriche, i melanconici, i paranoici, dànno degli esempi di digiuni volontari protratti, che non credo utile di ricordare (ma chi avesse vaghezza di consultare le sorgenti, vegga un breve scritto di A. Corradi negli Annali di Medicina del 1880, dove sono citati un gran numero di autori).

È certo quindi che il digiuno di S. è la prima conseguenza apprezzabile di grave disturbo nella sfera funzio-

nale nervosa. Imperocchè a differenza dei digiuni accidentali di persone sane, egli non ne soffriva, nè ne soffre molestia: quale differenza fra il Conte Ugolino e il S.! Quegli è sano costretto al digiuno e ne soffre strazio orribile; questi è malato e resta indifferente, anzi si sente più forte.

Benchè il dinemometro presenti una forza di pressione debole, pure mi dichiara di sentirsi forte e rigoglioso!

Ricordo qui per incidente, che il S. mi diceva che dopo qualche giorno di digiuno sentiva che il suo corpo tramandava odore di cadavere; segno certo, diceva lui, che egli era un cadavere vivente.

Il disturbo funzionale è di natura anestetica certamente; nè è necessaria una lunga discussione per escludere che l'anestesia appartenga all'apparato nervoso periferico, anzi credo perfettamente inutile esaminare una simile ipotesi. L'anestesia è nel campo psichico; egli non percepisce più il grado di trofismo organico, e la coscienza ignora ed è indifferente innanzi agli eventi trofici, e dalle conseguenze disastrose che possono produrre.

Quest'anestesia, così persistente, non può supporsi prodotta dalla malattia di fegato ch'egli soffrì, non essendoci nossun nesso causale fra i due fenomeni; ma la malattia di fegato è stata l'occasione per rivelarla, ed in mancanza si sarebbe rivelata per mezzo di un'altra occasione qualunque. Infatti è per incidenza che stando digiuno qualche giorno non si sentì debole come l'esperienza insegnava a tutti, e non si sentì neppure stanco alla fatica, e così viene a conoscere questa singolarità del suo stato.

Nei manicomii è frequente osservare in certe categorie d'alienati l'inattitudine a sentire la propria stanchezza anche dopo lavori eccessivi. Dunque nel S. preesisteva questo difetto cenestetico. Ma siccome la sensazione intima del grado di nutrizione è la prima ad essere avvertita in ordine cronologico nella evoluzione funzionante dell'organismo, così il disturbo di questa funzione deve condurci ad epoche remote per trovarne la causa, e molto facilmente potrà trovarsi in influenze creditarie nell'atto formativo iniziale degli organi deputati ad avvertire le intime sensazioni.

Negli alienati sitofobi la causa del rifiuto dei cibi in generale è diversa da quella del nostro S. Un paronoico p. es. rifiutava d'alimentarsi per non aprire la bocca, che teneva continuamente chiusa colla palma della mano, poichè riteneva di dover impedire l'entrata dell'aria perchè piena di vermi. Altre volte sono melanconici che rifiutano ostinatamente il cibo, e specialmente le isteriche; ma nessuno di cotesti rassomiglia al S., nel quale non ci è sitofobia nel vero senso, ma semplicemente facoltà di digiunare, facoltà di non stancarsi, di cui usa a piacere, quando vuol dimostrare agli altri il suo stato singolare, ma non si ostina, non rifiuta come fanno i sitofobi. In lui si ha un errore di senso che apre la scena al delirio, negli altri il digiuno è conseguenza dell'alienazione, e ne costituisce uno episodio non necessario.

Si può con sicurezza escludere che l'origine del fenomeno provenisse da disturbi dell'apparato chilopoietico, poichè oltre ad averlo riscontrato integro, nel S. non ci è sitofobia, ma tolleranza al digiuno, che unita all'altro sintoma della tolleranza massima del lavoro muscolare, indicano che il disturbo è nella sfera sensoria centrale, e non altrove. Però tenendo conto dei numerosi casi di digiuni protratti lungamente nei psicopatici, è legittimo ammettere che lo scambio materiale subisca un notevole rallentamento, come negli animali ibernanti. Del resto il sistema nervoso regolatore del trofismo organico non può essere disgiunto dal sistema sensitivo del medesimo, imperocchè mal s'intenderebbe quello senza questo.

Per quello stretto legame che si ha tra la sensazione intima dei bisogni nutritivi, e la sensazione dell'io, ne consegue che i disturbi e le alterazioni nella sensazione della prima specie, trascinano inevitabilmente ad alterare il sentimento della personalità psichica.

Laonde vediamo nel S. che l'anestesia nella sfera dei sentimenti nutritivi, altera più tardi il sentimento della propria personalità, e si crede ora Dio, ora uomo, vivo e morto contemporaneamente.

Egli stesso mi diceva, che essendo morto non sente i bisogni che sentono tutti gli uomini, e quindi è fuori d'ogni pericolo, è indifferente ad ogni minaccia.

Ecco come bisogni nutritivi e bisogni psichici si collegano tra loro. Ma vivendo ancora, perchè in lui non è tutta spenta la sensibilità psichica, si sente superiore agli altri perchè non inceppato dai bisogni nutritivi che rendono gli uomini servi dell'ambiente esterno; egli è libero nel mondo e se ne impadronisce, diviene Dio. In questo concetto utilizza tutto il patrimonio psichico, fa servire al caso suo tutte le reminiscenze, ed il mondo spirituale dell'apocalisse diviene il mondo suo.

Se egli precedentemente non avesse avuto nozioni spiritistiche e religiose, sarebbe stato egualmente paranoico, ma il delirio sarebbe stato di altra natura.

Ecco perchè alla formazione dei delirii sistematizzati concorre l'elemento personale e l'elemento sociale, il grado di degenerazione individuale ed il grado di civiltà della società da cui il paranoico proviene.

Questo caso mi è parso utile esaminarlo appunto perchè c'illustra la genesi del delirio, e questo tema è ancora in discussione fra gli psichiatri.

PAOLO CONTE E LA GRANDE ISTERIA

DUE AGGRESSIONI PATITE O SIMULATE (?) QUATTRO PERSONE INCRIMINATE.

Di questi giorni si è svolto innanzi al nostro Tribunale Correzionale uno di quei processi clamorosi, attraenti, che esercitano un vero fascino sulla pubblica curiosità; danno luogo alle affermazioni più strane ed avventate; divertono il pubblico ignorante; sorprendono la buona fede dell'uomo di mezzana cultura; mentre sono obbietto delle più gravi considerazioni da parte dello psichiatra e del medico legista. Esso resterà certamente notevole negli annali della medicina legale.

Fatto

(*Estratto dal processo*)

La sera del 3 Gennaio 1885 il chierico Paolo Conte, giovane più che ventenne, da Castellammare, faceva ritorno dal passeggio, quando giunto, verso le 5 1[2, p., all'angolo del palazzo Amato, in prossimità di sua casa, venne aggredito da 3 individui, uno dei quali, dopo avere accennato ai fatti del Vescovo, del magnetismo e dell'opuscolo del dottor Fusco, gli assestò un forte pugno sotto il mento, il secondo gli tirò un colpo di mazza al cappello, e, poichè il Conte si era dato a fuggire, gli scaricò contro un'arma corta da fuoco, senza colpirlo; il terzo finalmente, che trovò fermato all'angolo della sua abitazione, nel dirgli: tu pure hai nominato Palmiggiano, gli vibrò un colpo di pugnale in direzione del petto, colpo che il malcapitato Conte riuscì a schermire coll'ombrello, onde rimase illeso.

Eran precedute lettere anonime, e fin da quando pervennero al chierico Conte le prime di queste lettere minatorie, egli ne sospettò autore il sacerdote Palmiggiano Giuseppe, come colui che, appena divulgata la notizia della sua guarigione col mezzo del magnetismo, gli si era mo-

strato ostile, ed aveva fatto pratiche presso la di lui madre per fargli smettere l'abito sacerdotale, la qual cosa era stata pur ricordata in una delle lettere anonime; e questi sospetti si convertirono in quasi certezza allorquando il Conte sentì rammentarsi da uno degli aggressori il nome del Palmiggiano, lo che fu per lui argomento di piena convinzione che il mandante in quel suo attentato era stato appunto il Palmiggiano, già segretario della società cattolica di Castellammare, e direttore del giornale: La *Guida dell'operato*, cui premeva di discreditare la cura magnetica per far rivivere l'efficacia del miracolo operato da Pio IX.

L'accusa considera manifesta la responsabilità del Palmiggiano quale autore delle lettere minatorie e mandante dell'aggressione; e non meno evidente quella degli altri rubricati Vincenzo Carrese e Tobia Valanzano, quali autori materiali del detto attentato; imperciocchè non solo il chierico Conte diede i più precisi connotati nelle sue prime dichiarazioni, ma in seguito li riconobbe entrambi in legale atto di ricognizione, additando il Carrese per colui che fu il primo a fermarlo, e gli vibrò il pugno sotto il mento, ed il Valanzano per quello che gli tirò il colpo di pugnale.

E tutto ciò viene ribadito in rapporto a Carrese, al quale vennero addebitate talune lettere minatorie dirette al Dottor Fusco, che aveva curato col magnetismo il chierico Conte, ed altra al segretario della sotto-prefettura.

Ed in quanto a Valanzano avvalorarono similmente la supposizione di reità, la sua immediata latitanza, e la sua riluttanza a presentarsi sull'ufficio di P. S. allorchè si facevano le prime indagini sui connotati degli aggressori, come pure la sua pessima condotta.

L'accusa poi non trova nel fatto dell'aggressione patita dal chierico Conte tutte le condizioni del tentato o mancato assassinio, la intenzione cioè degli aggressori di uccidere; ed il mancamento di effetto per circostanze fortuite.

Ed in vero il Paolo Conte, giovine di età, di carattere timido, e sofferente, era assolutamente incapace di qualun-

que resistenza; e quindi i tre suoi aggressori, uomini forti e robusti, armati di pugnale e di arma da fuoco, non dovevano vincere alcun ostacolo per menare ad effetto, se avessero voluto, il criminoso disegno di uccidere. Invece si vede che, fallito il primo colpo d'arma da fuoco, la esplosione non si ripetè, e, venuto meno il primo colpo di pugnale, si desistè del pari senza neppure ferire; anzi l'aggredito si lasciò liberamente fuggire. I tre rubricati sono inviati innanzi al Tribunale Correzionale di Napoli.

Dopo questa prima aggressione patita in Castellammare, il Conte pensò allontanarsene, e prese stanza in Torre Annunziata, credendo così poter sfuggire all'ira dei suoi nemici. Ma sventuratamente non fu così, dappoichè la sera del 6 Febbraio, mentre rincasava, venne di nuovo aggredito da uno sconosciuto.

Le circostanze dell'aggressione meritano alcuni dettagli. In Torre Annunziata Paolo Conte viveva sotto la speciale sorveglianza, per sua sicurezza, delle guardie di polizia, di modo che dal momento che sortiva di casa fino al momento che rincasava era sempre accompagnato da una guardia di P. S. La mattina del 6 volle recarsi a Castellammare, e la guardia lo accompagnò alla stazione; al ritorno da Castellammare la guardia era lì alla stazione ad attenderlo per riaccompagnarlo a casa. Senonchè arrivati a poca distanza dall'abitazione di Conte, questi volle salire presso un suo amico; e poichè pensava trattenervisi alcun tempo, licenziò la guardia, dicendo che la sua abitazione era a pochi passi, e poteva esser sicuro. Allorchè rincasò alcun tempo dopo, infilate le scale, passato l'antrone del palazzo, avvicinatosi alla lampada che faceva luce sulle scale, per osservare che ora fosse, uno sconosciuto gli strappò l'orologio, che teneva tra le mani, e poscia lo percosse ripetutamente dicendo: « perchè hai nominato Valanzano, sai « che apparteneva a noi, porta questi (i pugni) a Fusco, « portali a Fusco ».

Il Conte si mise allora di fronte al suo aggressore, tentando giustificarsi; ma non fu ascoltato; ed invece si ebbe dallo stesso un colpo di coltello sul braccio sinistro. Visto ciò il chierico si diede a fuggire per le scale, però nel

giungere all'ultimo scalino, essendo caduto, l'aggressore gli esplose contro un'arma da fuoco, dal cui colpo per altro restò illeso.

PAOLO CONTE — Anamnesi.

Nella famiglia non si ricorda altro che la madre, allorchè era giovane, soffrì convulsioni isteriche; nessun altro della famiglia presentò fatti notevoli di nevropatie o di psicopatie.

Non si ricordano malattie di qualche importanza nella fanciullezza; nè è stato possibile appurare qualche cosa di certo circa lo sviluppo intellettivo, le tendenze, il carattere del Conte durante la fanciullezza e l'adolescenza. Nè abbiamo potuto raccogliere altre notizie degne di esser qui consacrate, poichè qualunque affermazione, con gli animi da ambe le parti esaltati ed ostili, non avrebbe potuto esser segnata senza il beneficio dell'inventario. Riteniamo dunque, come fu asserito dall'ottimo collega Comm. Scherillo, che nessun fatto notevole s'ebbe a notare in Conte fino all'età di 18 anni; che anzi, a detto dello stesso Dottor Scherillo, medico del seminario di Castellammare, ove il Conte fu educato, egli pare fosse stato giovane assai docile e studioso, tanto che gli fu consentito derogare alla regola, nel conseguire gli ordini sacri minori, che gli furono conceduti in una sola volta, anzichè a regolari intervalli di tempo l'un dall'altro, come è prescritto.

Se avesse o no talfiata avuto culto per Venere o per Onan e in qual misura, è difficile affermare. A sentir lui, che con una compiacente semplicità asserisce essere stato fino ad oggi sordo alle insidie di Amore, ci sarebbe quasi da credere che realmente mai senso di sessuale voluttà abbia raggiunto e tormentato la sua coscienza.

E ne dà egli stesso la spiega a modo suo. All'entrare nel seminario, vide un giovane emottoico che ne morì. Gli si disse da un compagno che quegli era stato vittima dell'onanismo. Egli ne fu compreso di orrore.

Cinque anni fa, in seguito ad uno spavento, ebbe un certo tremore che gli durò qualche tempo. Era ancora nel se-

minario, e non so per quale affermazione, onde credevasi « offeso nell'amor proprio » fu preso la prima volta da convulsione con perdita completa della coscienza, ed amnesia.

Al riaversi dalla convulsione, le cui particolarità non si sono potute raccogliere, la mano destra era contratta; dopo tre giorni la contrattura passò pure all'arto superiore sinistro, sì che lo si doveva alimentare. Contemporaneamente comparve un tremolio negli arti contratti, pare a larghe oscillazioni, e frattanto un certo turbamento psichico faceva governo di lui, poichè lo tormentava l'*idea fissa* dell'offesa patita, dell'*amor proprio offeso.*

Cinque mesi durò in questo stato, e nuove convulsioni sopravvennero, sempre del medesimo tipo, e si resero sempre più frequenti fino a parecchie al giorno.

Aveva di già dovuto abbandonare il seminario; scomparvero le contratture, persisteva il tremolio (tremore coreico dell'isterismo?); era quindi interdetto negli studii, arrestato nella sua carriera ecclesiastica, quando una sera, mentre la sua famiglia recitava il Rosario, lo colse il sonno, e sognò (anzi, dice il Conte, « ebbi una visione ») Pio IX, il quale gli disse che guarirebbe della malattia se toccasse un oggetto che gli fosse appartenuto. La mattina seguente il Conte si portò dal Vescovo, gli raccontò la visione avuta la sera precedente, e Monsignore, uomo accorto, assicurandogli esservi nulla di strano in quello che egli raccontava, gli presentò un autografo di Pio IX, e con religiosa autorità lo invitò a toccare quella firma di Pio IX. Quale impressione avesse ricevuto il Conte in quel momento nessuno può interpretare; certo è che come ebbe toccato quell'ografo guarì della sua sofferenza agli arti superiori.

Questo fatto, egli asserisce nell'interrogatorio, non gli era passato mai per la mente, nè alcuno glielo aveva suggerito.

Del miracolo si menò vanto, e si fece gran rumore in Castellammare e fuori; i fanatici cattolici gonfiarono la cosa, nel fascino delle fede gridarono osanna, e mandarono Paolino Conte in *missione* presso Papa Leone XIII.

Nel Vaticano Paolino (così lo si chiama in Castellammare) ebbe accoglienza cordiale dal Papa e dai Cardinali, felici del puntello che loro si offriva per sostenere la cadente fede; ebbe baci e doni, (1) consigli ed incoraggiamenti, e tornò a Castellammare inebriato di fede e di vanità, spirante religione e santità, e lietissimo di continuare la interrotta carriera ecclesiastica.

Ma non scorsero sette o otto giorni, e Paolino fu colto nuovamente da una convulsione, riavutosi dalla quale, si trovò con contrattura degli arti superiori così intensa che altri dovea soccorrerlo per alimentarsi.

Le convulsioni si succedettero sempre con gli stessi caratteri: precedeva l'aura che partiva dalla regione epigastrica, raggiungeva il collo in forma di nodo, e scoppiava la convulsione con perdita della coscienza, e con grandi movimenti. Persistendo le convulsioni, comparve la paraplegia spasmodica degli arti inferiori, che durò quattro o cinque mesi.

In questo stato incontrò in una famiglia il Dottor Fusco, il quale fattoglisi ad assicurare la guarigione col magnetismo, ed ottenutone il consenso da Conte, in pochi minuti gli disciolse la contrattura alle mani, delle quali tosto quegli potè servirsi a suo talento.

« A questo punto, dice il Conte nell'interrogatorio, io non credeva a me stesso, temetti che realmente il Fusco fosse un indemoniato, ebbi una certa interna paura, e feci mistero al Fusco della paraplegia inferiore; fui contento di aver guadagnato per il momento le mani; pel rimanente confidai nell'avvenire. » Ma non andò guari, e Paolino si decise ricorrere alla cura magnetica del Dottor Fusco, il quale in una seduta con pochi passi magnetici lo guarì della contrattura degli arti inferiori.

Pareva al Conte, guarito delle contratture, che ogni ostacolo fosse stato rimosso per continuare i suoi studii, e la

(1) I doni consistettero in un zucchetto vecchio di Pio IX, un pezzo di zimarra appartenuta alla stessa S. Santità Pio IX, un pezzo della camicia macchiata di sangue di Pio IX quando se ne fece la sezione, una medaglia. Doni che durante il dibattimento Paolino mostrava nella sala del tribunale con aria di mal simulato disprezzo.

sua carriera ecclesiastica, e si presentò al Vescovo per parteciparli la sua guarigione. Ma quegli, dandogli dell'indemoniato, lo rimproverò con aspre parole d'essersi affidato alla cura magnetica, e gl'impose di svestirsi dell'abito sacerdotale. Quale impressione dovettero lasciare sull'animo di Conte le parole del vescovo è difficile dire; certa cosa è che ritiratosi a casa fu colto nuovamente da convulsioni, e furon frequenti: fino a sette in un giorno, e per oltre quindici giorni. Liberatosene, a consiglio del Dottor Fusco, si ripresentò a Monsignore per dirgli che era ardente il suo desiderio di divenir prete; ma quegli tenne duro nel diniego, e il Conte nel lasciare la casa di Monsignore, nella sala fu colto da convulsioni, cui seguì catalessia, e rimase lì catalettico quasi tutta la notte. Verso il mattino fu portato a casa sua; accorse il Fusco, ed il « suo magnetismo » liberollo dalla catalessia.

Frattanto correvano le anonime grottesche, minacciose a Paolino, a suo padre, al vescovo, al Dottor Fusco, e ad altri. Eccone alcune:

Lettera anonima diretta a Paolo Conte
addebitata a Palmigiano.

Castellammare 3 Gennaio 85

Paolo!

Tu porti il nome di un apostolo, ma non dell'apostolo sono le tue azioni e gli atti della tua vita. Ricrediti, senti il mio consiglio, perchè ascoltandomi troverai la salute dell'anima e del corpo. Sei lungi della verità, hai sugli occhi una benda, e corri alla perdizione. La tua condotta è tale che ti chiude il varco al sacerdozio, per ciò svesti la divisa di Cristo, quando su te pesa l' influenza malefica dell'abisso.

Sei uno sfacciato, un mentitore, un *ippocrito*, e credi di coprire queste tue nefandi qualità con l'abito che vesti? Tu sei in errore perchè tutto è palese, e pure la terra, anzi il fango sorge a deporre contro di te riprovato dalla natura, dagli uomini, e da Dio.

Che aspetti per toglierti cotesto abito da sopra? Vuoi forse che ti si strappasse a brandelli? Tu ti ostini a sostenere una parte che reggi da due anni e più; a questo certo si arriverà stante che la tua desonesta e lurida persona ha operato in modo da colmare la misura.

Tu sei perduto! È vero che la misericordia di Dio è grande,

ma le tue iniquità l'hanno superata, e perciò devi essere abbandonato alla tua sorte, sorte che ora ti predico: Tu andrai di balzo in balzo nel male finchè piomberai nell'abisso, e di te non giungerà novella ovunque vi è segno di croce.

Butta cotesto abito, creatura depravata! Dio lo vuole e forza umana non può arrestare la giusta ira dell'alto fattore dell'Universo.

Lettera anonima diretta a Paolo Conte addebitata a Palmigiano

Signore

Siete un mascalzone a tutta prova, e non volete sentire chi vi suggerisce il bene. Peggio sarà per voi, giacchè da ora innanzi non farò più parola, ma farò fatti.

Se non volete che un grande uragano si scateni sopra di voi, svestite cotesto abito e tratterete col demonio e con chi meglio vi piacerà.

Voi siete indegno di fare il prete e non dovete farlo, per Dio, questo ve lo dico e ve lo sosterrò.

Voi siete disonesto, siete un crapulone ed un mentitore, perciò non posso tollerare che il *grege* di Cristo abbia nel suo seno quando vi è di più spudorato ed abbominevole.

Faccia dura e svergognata, e che aspettate per togliervi l'abito? Volete assolutamente che rendo di ragione pubblica la vostra vita indegna, disonesta e vituperevole? Ebbene ve lo accerto che lo farò. Andate al Diavolo, solo quello è l'elemento che si addice a voi, quindi il volersi ostinare a serbare apparenze oneste, vi assicuro che è per voi una vana lusinga.

Spudorato e sfacciato che siete, levate l'abito da prete ed andate a fare l'assassino che per questo siete nato, ivi vi guida la vostra malefica stella.

Mi rivedrete e sarà un momento terribile per voi.

Lettera anonima diretta a Paolo Conte addebitata a Palmigiano.

Amico

Tu credi di orpellare il tuo carattere per renderti incomprensibile a tutti, e continuare nel tuo andamento *ippocrito*.

Noi tutti abbiamo capito quanto sei disonesto e doppio.

Di ciò ne abbiamo dato scienza al tuo vescovo, ma egli ti copre col manto della carità (dico così per non dire altro) però la tua vita è riprovevole e tutto sappiamo dell'opera tua diabolica. Io in particolare ho suggerito alla tua famiglia di farti deporre cotesto abito che mal si addice ad un scapestrato come te e come te versato nei vizii. Non ti vergogni? a che vale lo esserti accordato col medico ed il fingerti infermo da due anni. Credi forse di trovare tutti babbei?

*

T' inganni, perchè noi pel bene della morale e per impulso del cuore che ci guida al *retto* (sentiero ?) ti faremo una guerra ad oltranza.

Tu sei un'uomo indegno di ogni considerazione, e tutti i nostri sforzi si riuniranno per atterrarti. Allora desisteremo da questa opera salutare, quando ti avremo costretto a lasciare un abito che disonori colle tue turpitudini e colla tua immoralità.

Creatura nefanda torna, torna nell'abbisso e nel fango d'onde sorgesti, poichè non è questo l'ambiente nel quale tu puoi vivere, questo è solo il posto che debbono occupare gli onesti ed i verecondi.

Risolviti e sarà tuo bene, Dio lo vuole e la nostra mano è sospesa vindice sopra di te.

UN SACERDOTE

Lettera anonima diretta al Vescovo.

Chi vi scrive è un sacerdote, oltre a che è persona proba. Vi ho pregato essere opera utile al clero e salutare all'anima di Paolo Conte, fargli deporre l'abito, e a quanto pare il mio linguaggio non è compreso. Che prete può essere un individuo che si perfeziona sempre più nel magnetismo? Che promette di divenire questo giovine, che di sera va a zonzo con donnette, e che ne tiene una di fronte alla sua abitazione, con la quale trovasi in grande intimità ? Aprite gli occhi Monsignore, ora che siete a tempo, poichè se continuate ad essere indulgente per Paolo, sarete forse causa della costui rovina.

Se vi parlo così è perchè la coscienza me lo detta, e se V. E. continua a non prestare ascolto alle mie parole, farà assai male.

Strappategli l'abito da sopra, egli lo contamina con le sue depravate azioni, e se non presterete ascolto alle mie lettere sarete causa che un giorno . . . . . .

UN SACERDOTE

Lettera anonima diretta alla famiglia di Paolo Conte.

Signore

Fareste cosa saggia facendo deporre l'abito a vostro figlio e farlo poi esorcizzare perchè tiene il demonio in corpo. Egli è un birbo che sta simulando da due anni appoggiato dal medico.

Io ho scritto al Vescovo, al Medico, e fino a lui nel fine di farlo determinare a tal passo. Tale pratica credo utile farla con voi perchè come genitore avete il dovere di guardare lo stato di vostro figlio per indurlo a via di salute. Credetemi non è per lui l'abito che indossa, egli è deprevato e fa di tutto onde perseverare nel male. . . . . .

Ha tutte le pessime qualità, e sotto un'apparenza *ippocrita* inganna voi e tutti.

Lettera anonima diretta a Paolo Conte.

Signore

Vi ho scritto e vi ho fatto comprendere nettamente che il vostro procedere è sconveniente. Voi penserete a smettere una buona volta se non vorrete provare dispiaceri serii. Basta, vi dico, basta, non mi curerei ove foste di pregiudizio a voi solo, ma quando la vostra opera nuoce altri, per Dio! non me ne starò, e la vostra opera prava sarà a tutti palese con vostro discapito serio.

Ora non vi avviso più, mi vedrete alla pruova, e vi assicuro che ciò sarà per voi di poco gradimento.

Siete un vero melenzo e non vi avrò alcun riguardo.

Lettera anonima diretta a Paolo Conte.

Signore

Finora ho taciuto perchè ho considerato che versavi nella ignoranza, ma ora non posso più tollerare la tua opera nefanda; perchè non solo vuoi persistere tu nell'errore ma operi in modo da traviare anche gli altri. Che procedere da porco è mai il tuo? Dunque smetti da questo procedimento, in caso diverso io farò parlare i giornali e allora non so come lo sentirai perchè dirò tutto, tutto, tutto, e la tua diabolica prattica sarà palese all' intero paese nostro.

UN GERENTE RESPONSABILE.

Biglietto anonimo.

Avrai pure il tuo *se nomine* (?) ini Parmiggiano.

Lettera anonima addebitata a Carrese.

Anco tu Ateo sfacciato ma . . . . . Non lo affiancare più se no ecc. . . . . e non ti incaricare di noi.

Ma deve morire: sotto le nostre mani.

Lettera anonima.

Maligno

Finiscila, altrimente te la faremo finire anco a te e se si ha liberato il primo non ci pensare per te.

Confessati e finisci tutto.

Dio è sempre con noi e noi non la finiremo perchè siamo figli di Dio.

Lettera anonima a Michele Conte.

Michele!

. . . . . .

Vuoi farne un prete tuo figlio? Bravo!! Bene!! Che bel soggetto degno di essere prete!!!! Mettilo una volta per sempre a zappare e fa che egli prova di che sapore è il pane. In verità ti dico, Michele, che il più grande dispiacere è il vedere così mal ridotto quel povero Teologo.

. . . . . .

Pensa a provvedere, togli subito la sottana da dosso a quel demonio di tuo figlio, altrimenti vedrai quanti altri tristi effetti arrecherà un tale indizio.

Un tuo vero amico
N. N.

Lettera anonima.

Allontanerai subito quel diavolo tuo amico o morte.
La chiesa sempre trionferà
Il nostro vescovo sempre governerà
Noi tutti siamo stati, siamo tuttora, e saremo forti a combattere.
Voi *Getterà* finirete per le nostre mani.
Perizia vieni
Sangue

Lettera anonima

Dio lo vuole
Tempo passerà
Ombrello non porterai
Noi ubbidiamo

Lettera anonima sconosciuta.

Egregio Pretore

Qualche socio del Circolo della gioventù Cattolica può riferirvi

ragguagli sull'aggressione di Paolino Conte e specialmente . . . . . (segue il nome).

Con tutta osservanza mi proffero N. N.

Lettera anonima.

Evangelizo tibi gaudium magnum

Liberatoti la prima volta, tempo ne passerà, ma non si perderà, ed in ogni modo convertiti (1).

Dopo alquanti giorni seguì la prima aggressione, e dopo che ne fu sfuggito, ricoverando in casa propria, Paolino raccontò alla portinaia, che prima incontrò, tutto l'accaduto; ebbe tremore passaggiero, ma non convulsioni. Indi a poco la stessa sera adì l'autorità politico-amministrativa di Castellammare.

Dopo questo fatto, dice il Conte, io era segnalato ad ogni punto di Castellammare, e chi mi chiamava indemoniato di qua, chi indemoniato di là, tanto che fui costretto lasciare il mio paese natio, e posi domicilio in Torre Annunziata.

È noto come avvenne una seconda aggressione in Torre Annunziata. Aggiungerò qui alcune particolarità raccolte negl'interrogatorii.

Qualche giorno prima dell'aggressione una notte Conte sentì picchiare alla porta di casa; gridò chi fosse, nessuna risposta ottenne; nessun altro sentì quello che egli aveva udito.

Dopo l'aggressione il Conte tremava al punto che il cammino gli riusciva assai difficile, ed appena fu possibile portarlo dal delegato di Pubblica Sicurezza di Torre. Lì non potè parlare per il tremore, e dovette riceverne tale impressione il Delegato che mandò per un medico.

L'indomani dell'aggressione, verso le due p. il Conte presentò balbuzie, rigidezza, torpore, e peso negli arti di

(1) Alcune di queste lettere, è chiaro, furono scritte dopo l'aggressione quando l'autorità giudiziaria faceva le più severe indagini sugli autori dell'attentato. Le ho trascritte con la maggior parte degli errori ortografici e grammaticali.

destra, notò pure vertigine e nella stessa sera uno stimabile medico di Castellammare, il Comm. Dottor Scherillo, ebbe a constatare destituzione completa dei sensi e della coscienza, emiplegia a destra incompleta, in quanto non vi era traccia di paralisi facciale; la lingua era accartocciata nella bocca. La paralisi era flaccida; nessuna contrazione epilettiforme fu osservata al lato emiplegico.

In questo stato di *coma* (?) il Conte restò circa quattro giorni, e quando cominciò a riacquistar la coscienza, la lingua perdurava accartocciata e contratta nella bocca, tanto che l'infermo non poteva sporgerla fuori della bocca, vi era emianestesia allo stesso lato della paralisi.

Intanto al secondo giorno dell'attacco si era sviluppata la febbre (nulla si sa della temperatura nel primo giorno) che raggiunse il massimo di 39° C., e durò sette o otto giorni.

Solo dopo 35 giorni è incominciato a comparire il movimento nell'arto inferiore; e poi nel superiore. Dopo 50 giorni l'emiplegia era quasi completamente guarita, tanto che l'infermo poteva servirsi dell'arto superiore destro, rimasto solo alquanto più debole. Dopo due mesi dall'attacco la guarigione era perfetta.

Una quindicina di giorni prima del nostro interrogatorio il Conte ha patito un nuovo attacco apopletiforme, con obnubilazione della coscienza, volto acceso, e passeggiera emiplegia a destra; i medici ricorsero al sanguisugio alla nuca ed ai processi mastoidei; l'infermo se ne riebbe presto.

Paolo Conte è giovine di 22 a 23 anni, bene sviluppato, arti e tronco in giusta proporzione; ha portamento di giovane elegante e mingherlino; capelli ricci e biondi tendenti all'albino; occhi celestri, mobili, sguardo non molto intelligente e piuttosto languido; cute bianchissima con pomelli sfumati di roseo, labbra vermiglie, cui sfiora quasi a permanenza il sorriso.

Nell'insieme non è brutto, ma non attrae nè interessa. Non ha peli per il corpo tranne sul pube; la barba è sfolta e nascente.

Non presenta note antropologiche degenerative, la circonferenza del capo misura 56 cm.

Tutti gli organi sono sani e funzionano normalmente; devo ricordare particolarmente il sistema vasale, che nulla presenta di patologico. Regolarmente sviluppati i genitali; ma, a confessione del C., furono soggiogati dalla sua « volontà, » alla quale nemmanco nel sonno giammai si ribellarono.

La sensibilità cutanea è da per tutto ben conservata, anzi squisita proporzionatamente alla delicatezza della cute. Non vi si notano iperestesie, nè alcuna zona isterogena. Nessun disturbo nei sensi specifici, e per quanta attenzione avessimo rivolta specialmente alla vista il Prof. Rummo ed io trovammo integri il campo visivo (col perimetro di Badal) e la forza visiva ad ambi gli occhi; il C. riconosceva pure con grande facilità tutti i colori e le loro gradazioni.

La motilità era integra del tutto come i riflessi superficiali. Normale il riflesso patellare, però notevolmente esagerato il riflesso tendineo della mano ai due lati.

Esame psichico.

Non vi sono stati veri disturbi psichici, fatta naturalmente astrazione dalla catalessia patita nella casa del vescovo, e dall'attacco apopletico. Il Conte ha intelligenza più che ordinaria, coltura mediocre di chierico. Ha la facoltà mnemonica labile, e spesso incorre in errori di memoria quando gli si vuol far precisare avvenimenti e date. La volontà, se la si volesse giudicare dall'esser egli divenuto una creatura del Dottor Fusco, ai cui cenni ubbidisce ciecamente, non la si dovrebbe giudicare sviluppata fino alla dignità che suol riscontrarsi in un uomo normale.

I sentimenti di Conte sono tutti fiacchi; e nel loro meccanismo giuoca una parte importante quello della propria personalità. Nel seminario bastò una offesa fanciullesca, come così spesso accade fra giovani, perchè scoppiasse la prima volta la convulsione, e quella « offesa all'amor pro-

prio » fu pungolo tormentoso della sua coscienza per più e più giorni.

Più che portare amore alla famiglia egli attinge gioia ineffabile dalle cure che i genitori e i fratelli gli prodigano, dalla pietà che loro ispira in atteggiamento di vittima dei malvagi della terra e del volere di Dio; e mentre la madre piangeva solitaria tra le mura della sua casa la sorte toccatale e la sventura del figlio, sulla cui carriera ecclesiastica ella riposava speranzosa l'animo stanco dai lunghi anni trascorsi, egli, poichè paraplegico, su di un biroccio tirato da un asinello correva le vie di Castellammare, cercava gli amici, e si divertiva.

Educato in seminario alla scuola di religione e di fede, forse pure di pregiudizio e di oscurantismo, egli che nè dalla propria intelligenza, nè da una più larga coltura, che non ha, nè dall'ambiente potè attingere altri sentimenti con i quali avesse potuto sostituire quelli inspiratigli dalla scuola cattolica, un bel giorno, sol per le offese patite dal suo vescovo , ripudia la religione cattolica , ricorda con sarcasmo il miracolo di Pio IX, mostra con ironia e con aria di mal simulato disprezzo, nella pubblica sala del Tribunale, le reliquie di Pio IX regalategli dai Cardinali e da Papa Pecci a Roma , e scaglia durante il nostro esame parole sconveniente all'indirizzo dei suoi nemici e del partito cattolico.

È notevolmente vanitoso. Si mostra compiaciuto nella sala del pubblico dibattimento, sorridente, con aria allegra, come se il processo non lo riguardasse nè punto nè poco. L'interessamento del pubblico alla sua causa esercita un fascino indescrivibile sull'animo suo, e nulla lo commuove o lo impressiona. Il giorno che io dovetti dare pubblicamente il mio parere sul suo stato mentale, e dovetti far risaltare la tendenza dei nevropatici come lui a mentire, od accusare falsamente coloro che odiano , a drammatizzare ogni avvenimento loro, a simulare false aggressioni, a scrivere anonime, a ferirsi ed accusare altri, ad implicare in processi grotteschi e scandalosi la gente per bene, egli era lì di rimpetto a me sempre sorridente, imperturbato. Ad un signore, forse pubblicista, che gli chiese una

fotografia, egli rispose con viva soddisfazione: « si, anzi gliene darò due, una come sono ora borghese, l'altra come quando vestiva l'abito di prete ».

Egli ostentava in una certa maniera teatrale la sua malattia, ne raccontava a tutti le diverse fasi, non come fa chi soffre o abbia molto sofferto, ma viceversa con aria di compiacenza.

Magnetismo

Il giorno che, presenti tutti gli altri periti dell'accusa e della difesa, Prof. Ria, Dottori Scherillo e Colamussi, e Prof. Raffaele, il Prof. Rummo ed io procedemmo all'esame somatico di Paolo Conte, noi tutti fummo spettatori di alcuni fenomeni che io non credo opportuno lasciare sotto silenzio, sia perchè riflettono nuova luce sulla natura della malattia del Conte, sia pel carattere speciale che hanno impresso a questo processo clamoroso, che per molto tempo ha occupate le colonne dei nostri giornali sotto la rubrica *Magnetismo*, e maggiormente sollecitato la pubblica curiosità.

Il Prof. Rummo ed io avendo trovato notevolmente esagerato il riflesso tendineo della mano ad ambi i lati, ci adoperammo con tutti i metodi riconosciuti nella pratica a provocare una contrattura (il forte stiramento della mano e delle dita, la forte compressione dell'ulnare nel suo solco allato all'olecrano, la ripetuta percussione dei tendini); ma tutte le nostre pratiche riuscirono vane. Allora si fece avanti il Dott. Fusco, l'oramai noto magnetizzatore di Castellammare, e con pochi passi magnetici in men di mezzo minuto provocò la più completa contrattura flessoria della mano e delle dita; contrattura che non valse a vincere menomamente il massaggio, nè la forza di nessuno dei presenti, non escluso il valido e robusto amico Rummo, ma che bastò a risolvere in un attimo un soffio del Fusco.

Il dì seguente si cercò provocare la stessa contrattura facendo agire sui muscoli flessori, e sul nervo cubitale una calamita della forza di trenta chilogrammi, ma invano; ed

inutilmente, dopo che il Dott. Fusco l'ebbe provocata, cercammo di vincerla con la calamita, o di produrne il trasferto, come accade spesso con le contratture isteriche spontanee. Fusco invece la risolvette anche con il solo sguardo, dopo però avere annunziato a voce alta che così voleva risolverla.

È notevole il modo come la contrattura si produce durante i passi magnetici; succede una vera ridda dei muscoli flessori ed estensori prima che quella si stabilisca; lo stesso fenomeno si notò quando il Fusco disse a Conte. « tu non solleverai questo bastone (del peso di poche decine di grammi) tanto sarà pesante »; Conte prese il bastone, ma nell'atto di sollevarlo pareva come se avesse incontrata una difficoltà enorme per il peso, nello stesso tempo che i muscoli si agitavano e si disponevano nella posizione della contrattura.

Il Fusco assicura che a volontà sua produce in Conte con la stessa facilità la catalessia e la emianestesia.

Certamente la contrattura non è simulata, sia per la maniera di prodursi, sia per la impossibilità di vincerla, poichè il Conte non potrebbe esplicare nemmeno il quinto di forza volitiva rispettivamente alla energia della contrattura; sia in ultimo perchè il respiro non patì alcuna alterazione, come avviene anche ad un uomo robusto quando prolunga uno sforzo; e ciò fu dimostrato dai tracciati pneumografici ricavati dal valente amico Prof. Rummo mercè un poligrafo. Inoltre ciò era dimostrato anche dal fatto che nessuna modificazione circolatoria potè mai notarsi sul volto di Paolo Conte durante la contrattura, come avveniva quando faceva uno sforzo volontario.

Paolo Conte non fu mai ipnotizzato, non presentò mai qualcuna delle fasi dell'ipnotismo, nè sonnambolismo spontaneo o provocato, nè catalessia ipnotica.

La franchezza del Fusco a produrre anche in pubblico quei fenomeni che egli chiama magnetici, perchè prodotti, secondo lui, dal *fluido magnetico*, escludono la supposizione di suggestioni sonnamboliche, alle quali il Conte avesse per caso ubbidito fatalmente simulando le aggressioni.

Ho voluto solamente accennare a questi fatti che non

mi paiono destituiti d'interesse negli studii così altamente importanti, e così promettenti per la psicologia positiva, come quelli sull'ipnotismo e sul magnetismo.

Io non mi affido al pelago periglioso, in gran parte inesplorato, per la interpretazione di questi fatti, augurandomi che il Fusco, uno dei più efficaci magnetizzatori, voglia permettermi qualche osservazione ed esperienza intorno ai fatti che egli presenta, che certamente non sono simulati, ma richiedono solamente una più scientifica e sistematica interpretazione.

Prima di passare alla discussione dei quesiti messi dal tribunale a noi periti, non sarà un fuor di opera invitare il lettore ad assistere ad un'altra scena di questa, che a buon dritto può dirsi una commedia *sui generis*.

È qualche mese e su per i giornali della città venne raccolta e divulgata la notizia che una ricca signorina di nazionalità estera, milionaria più volte, per un fortuito incontro si fosse invaghita del chierico Conte, e che lo avrebbe ad ogni costo sposato. Paolo Conte da semplice impiegatuccio che era, e per giunta temporaneo, comincia per presentarsi più a modo, con una certa aria di lusso e di eleganza, con qualche ciondolo, che a quelli che conoscevano la posizione sua e della sua famiglia non poteva non lasciare una qualche impressione , e rendere credibile la prossima effettuazione del vantaggiosissimo matrimonio. Il pubblico credenzone fantastica sulle grazie e i favori largiti così romanzescamente a Paolo Conte dalla sorte amica, e si fanno correre le più curiose affermazioni, le più strane interpretazioni. Fu detto che fosse stato visto a Roma in un palco di teatro, ove era pure una distinta ed elegante signorina; che avesse tenuto già molto oro a sua disposizione, ecc... Molti in buona fede lo considerano uno di quei fortunati mortali, cui più sorride amica la fortuna. La stampa napolitana, o almeno parte di essa, accoglie nel suo facile grembo la leggenda, e la dà a bere per fatto ai suoi lettori. Si disse che l'ultimo giorno del dibattimento il Conte avrebbe presentato al tribunale una fede di notaro certificante la promessa di matrimonio già

avvenuta; e che egli avesse già invitati alcuni suoi amici di Castellammare ad assistere alla festa nuziale in Roma. Chi può dire tutte le voci fatte correre a questo riguardo? Pare un romanzo da medio evo con la nota del tempo, il milione, mentre altri la suppongono una commedia rappresentata chi sa con quali fini nascosti. Si dubita dai più che la Sig.ª X esista in Roma, il suo casato riesce nuovo; il notaro certificante pare un fantasma; e Paolo Conte il giorno della perizia non si commuoveva al ritratto che feci del carattere psichico degli isterici, non temeva che quello che i periti affermarono poteva cadere come cenere fitta sul fuoco acceso nel cuore della Signorina X, non se ne preoccupava, e continuava a sorridere, e strinse pure la mano a qualcuno dei periti della difesa. Quali strani contrasti!

I quesiti posti per la perizia psichiatro-forense furono i seguenti:

1.° Quale la malattia del Conte?

2.° Di che natura la emiplegia sofferta dopo l'aggressione di Torre Annunziata?

3.° Se fossero esistiti disturbi psichici, e quale valore la malattia del Conte permetteva attribuire alle di lui affermazioni.

Nessun dubbio sulla natura della malattia del Conte; l'isterismo si era presentato in tutte le sue classiche manifestazioni: la convulsione e la contrattura, il tremore e la paralisi, l'emianestesia e l'emiplegia, la letargia e la catalessia, in ciò si fu tutti di accordo, giudicato tale al suo primo annunziarsi dai medici del luogo, veniva confermato indiscutibilmente dalla mobilità caratteristica dei fenomeni, dal cui proteiforme complesso risale a spiccata entità clinica.

Non vi era luogo per accampare dubbio di simulazione della malattia; non si simula per cinque mesi di seguito la contrattura di ambi gli arti superiori fra indicibili tormenti, e la descrizione dei fenomeni che il Conte aveva presentati escludeva financo il sospetto di un tale evenienza.

Il dubbio assunse consistenza allorchè si trattò di de-

terminare la natura della emiplegia, tanto più che i medici del luogo, i quali dovettero emettere il loro parere durante lo stato apopletico, avevano portato giudizio di emorragia cerebrale con encefalite consecutiva. Pertanto a questo concetto, sostenuto validamente, io dovetti contrapporre l'altro che quì non potè trattarsi che di una emiplegia isterica; la voluta aggressione di Torre Annunziata avrebbe quindi potuto solo fino ad un certo punto essere incriminata del triste seguito che inabilitò al lavoro per circa due mesi il chierico Conte.

Innanzi tutto il coma: non è concepibile un coma da emorragia cerebrale, che abolisca per quattro giorni la coscienza, e che scompaia molto rapidamente con conseguenze così lievi quali la temporanea emiplegia, che prima dei due mesi era già assolutamente scomparsa. La intensità e la durata del coma ordinariamente sono proporzionate alla vastità della lesione distruttiva e dei fenomeni inibitorii, meccanici e vasali (compressione, anemia, iperemia, edema del cervello) che da quella direttamente o indirettamente derivano. Un coma apopletico da focolaio distruttivo del cervello, che dura completo anche il secondo giorno ordinariamente è fatale; invece quello di Paolo Conte sarebbe durato quattro giorni, e, dopo, la di lui coscienza si sarebbe ridestata lucida come da un sonno ristoratore senza lasciarsi dietro alcun disturbo della intelligenza!

Che la emiplegia isterica possa esordire con un attacco apopletiforme, che simuli o mentisca perfettamente il coma da emorragia o da embolismo cerebrale, è fatto già assodato nella scienza, e provato da molte osservazioni, tra cui una da me pubblicata (1). In questo caso precedettero fatti che ricordano precisamente i fenomeni premonitori dell'emorragia cerebrale (cefalea, vertigini, afflusso di sangue al capo ecc.) come quelli avvertiti da Paolo Conte; e l'isteria si annunziò nella sua forma classica con un attacco apopletiforme, e con coma della durata di 18 ore da cui l'inferma si ridestò emiplegica a sinistra.

Questa condizione, dice Charcot (2), non è rara ad in

(1) Giornale Internazionale delle scienze Med. 1879.
(2) Leçons sur les maladies du systeme nerveux 1875.

contrare nella pratica, e può essere sorgente di forti dubbii sulla vera natura dell'emiplegia. Briquet (1) nel suo classico trattato sull'isterismo ricorda casi interessanti di donne, che in seguito ad una viva emozione sarebbero cadute rapidamente in uno stato di coma più o meno profondo preceduto o non da convulsioni; al cessar del coma residuava la emiplegia più o meno completa.

La celebre isterica Etch. . . che fornì al Prof. Charcot la occasione per uno studio interessantissimo sull'isterismo, era divenuta emiplegica tutta in ún colpo in seguito di un attacco, onde era rimasta senza conoscenza per parecchi giorni.

Il coma apopletiforme in questi casi può presentare tutta l'apparenza del coma da emorragia cerebrale, non escluso il respiro stertoroso. È la così della *forma comatosa* dell'isteria. Io non mi c' intrattengo ulteriormente, trattandosi di fenomeno relativamente non molto raro, ed ammesso dalla generalità dei neuropatologi.

La contrattura di tutta la lingua (la lingua era accartocciata, e non poteva essere protrusa dicono i periti) è fenomeno che riscontrasi nell'isterismo non nell'emorragia cerebrale. Quì riscontrasi invece la deviazione della lingua, che non fu notata in Paolo Conte allorchè divenne emiplegico.

Però qualche volta, anche nell'emorragia cerebrale, può non esser protrusa la lingua dal cavo boccale; ma ciò puossi osservare quasi esclusivamente nei focolai del ponte, nella paralisi bulbare apopletiforme ; e di ciò non è a parlare nel caso in disamina; e poi anche in questi casi la lingua non è protrusa per la paralisi, punto per contrattura.

La emianestesia così completa come notarono i medici che curavano Conte in quella occasione (non venivano avvertite le profonde punture di spillo) se non è assolutamente caratteristica dell'isterismo, al certo depone più per questo che per l'emorragia cerebrale.

Quì sgraziatamente troviamo una lacuna, che non potea esser colmata, poichè i medici nulla ci riferirono dello stato della sensibilità della faccia. Tuttavia possiamo af-

(1) Traité clinique et therapeutique de l'hysterie. Paris 1859.

fermare che l'emianestesia, così profonda, sia stata o pur no diffusa alla faccia, depone più per l'isterismo che per un focolaio distruttivo del cervello.

Ma il fatto che depone decisamente per la natura isterica dell'emiplegia, si è l'assoluta mancanza della paralisi della faccia dal primo manifestarsi della emiplegia. È segno differenziale preziosissimo non mai smentito da che Todd l'ebbe annunziato la prima volta, e rimasto incrollabile dopo che Briquet e Charcot l'ebbero passato per il crogiuolo della loro critica severa. Può qualche rara volta l'emiplegia isterica presentarsi con la paralisi facciale per breve tempo; ma se questo è vero in linea eccezionale, ed io ne ho raccolti rarissimi casi dalla letteratura medica (1), talchè la presenza temporanea della paralisi della faccia non esclude che la emiplegia possa essere isterica, non è men vero che l'assenza della paralisi della faccia, nell'insieme delle circostanze in che si manifestò la emiplegia nel caso nostro, depone decisamente per la natura isterica della emiplegia.

Ed invero la paralisi della faccia mancò fin dal bel principio durante lo stato comatoso dello infermo. In queste condizioni non è il caso d'invocare la dottrina delle localizzazioni, nè di pensare alla compressione di alcune fibre della capsula interna, come quelle per gli arti, rimanendo risparmiate quelle per il facciale (il fascio genicolato); imperocchè nel coma tutto il cervello, e magari tutto un emisfero soggiace alle stesse condizioni di arresto, o meccaniche, o idrauliche; tanto più che la guarigione, che si avverò poco dopo, esclude che il presunto focolaio si sia trovato proprio sul corso delle vie motrici volitive o sui centri motori corticali. Le emiplegie parziali, o incomplete, senza paralisi della faccia, sono frequentissime per lesioni limitate della zona motrice corticale dei soli arti, o del fascio piramidale di questi ultimi solamente tanto nel centro ovale che nella capsula interna; ma questa circoscrizione dei fenomeni si osserva solo dopo alquanti giorni dall'insulto, e dopo che è da

(1) Bianchi. La emiplegia. 1886.

qualche tempo scomparso ogni fatto di coma, qualora quest'ultimo sia esistito.

Il tempo relativamente breve in cui la emiplegia guarì, depone per la sua natura isterica. Invero la emiplegia restò completa per 35 giorni; al 50.mo giorno dall'attacco il Conte si serviva già della mano. Decisamente non è questo il contegno della emiplegia da focolaio distruttivo. È vero che è frequente la guarigione istantanea di una contrattura o di una paralisi isterica in conseguenza di una emozione o con un accesso convulsivo; ma è pur vero, ed è inutile riportarne dei casi, che talvolta guarisce lentamente, ma in un tempo relativamente sempre assai più breve di quello che mette a scomparire una paralisi da focolaio distruttivo del cervello, anche molto più leggiera di quella che presentò Paolo Conte nei primi 35 giorni dall'insulto apopletico.

Noi non sappiamo se la paralisi dell'arto inferiore sia stata flaccida ugualmente come quella dell'arto superiore, o abbia presentato quella leggiera rigidezza che suol riscontrarsi nella emiplegia isterica. Non fu istituita alcuna ricerca a questo riguardo, nè furono determinate le condizioni dei sensi specifici, che pure avrebbero potuto fornire altri indizii sulla natura della emiplegia. Non per tanto dal fin qui detto si può affermare senza pericolo di essere smentiti che Paolo Conte fu colto da attacco apopletiforme isterico, seguito da emiplegia isterica.

Il fatto della più difficile interpretazione tra tutto il complesso sintomatico, con cui si annunziò la emiplegia in Conte, si è certamente l'aumento della temperatura constatato al secondo giorno dall'attacco, e durato sette o otto giorni dopo. Se i medici, che allora ebbero l'opportunità di osservare l'infermo, avessero notato la presenza di convulsioni ripetentisi l'una sull'altra, avrebbe potuto quell'aumento di temperatura riferirsi allo stato istero-epilettico, che, come ha fatto notare Charcot, si accompagna ad un lieve aumento della temperatura, precisamente come fu notato in Conte (1); ma le convulsioni mancarono, o almeno non furono notate.

---

(1) Legrand du Saulle (Ann. Med. Psyeh. 1884 Gen.) riferisce un

Che il coma apopletiforme nella grave isteria sia accompagnato pur qualche volta da aumento di temperatura, come osservasi nella semplice congestione cerebrale , nelle lesioni a focolaio, negli attacchi apopletiformi della paralisi progressiva ecc., non si può asserire in maniera categorica per difetto di osservazioni. L'iniezione della faccia, le vertigini, le parestesie al lato rimasto poi emiplegico, deporrebbero per un vero accesso congestivo (fatti vasomotori) del cervello. Altrettanto menerebbe ad avvalorare l'osservazione fatta sulla giovane da me curata nel 79 , in cui alquanti giorni dopo l'accesso trovai , come nelle lesioni a focolaio del cervello, aumento di qualche decimo della temperatura al lato paralizzato , a differenza di ciò che osservasi più tardi, forse in tutti i casi di emiplegia isterica, cioè ischemia della cute di quel lato, con abbassamento della temperatura.

Checchè sia di ciò si può escludere con sicurezza che quell' aumento di temperatura, se l' osservazione, come è a ritenere, sia stata ben fatta, sia da attribuirsi alla encefalite reattiva.

Sulla base di questi fatti io mi stimai in grado di affermare che alla emiplegia sofferta da Paolo Conte non si annetta altro valore che quello di uno dei tanti sintomi dell'isterismo, la emiplegia isterica.

Di gran lunga più delicata e difficile riesce la soluzione del terzo quesito. Trattasi qui di stabilire se Paolo Conte sia stato veramente vittima delle due aggressioni, o le abbia simulate sia per vendicarsi delle vessazioni patite da parte di alcuni preti, e in generale del partito cattolico di Castellammare, sia per suggerimento, come la voce se ne era fatta correre, del Dr. Fusco, rappresentante il partito liberale, e strenuo campione delle lotte politiche contro l'elemento clericale di quel paese.

Nulla ci autorizza a sospettare semplicemente che il Conte sia per caso divenuto strumento delittuoso all' ubbidienza di Fusco ; nessun documento esiste in proposito nel pro-

---

caso d' isterismo in cui il numero degli accessi si elevò fino a 1351 in un giorno, e in questo stato non vi fu elevamento di temperatura.

cesso, nessun altro scientifico ci veniva fornito dalla storia dei fatti e di tutta la malattia di Conte. Questa ipotesi non doveva nemmanco entrare nel campo della nostra disamina.

Restava dunque a vedere se Conte avesse simulato per conto suo, e perchè.

Due serie di argomenti mi fecero ammettere la possibilità, anzi la probabilità della simulazione: gli uni forniti dal processo scritto e dal pubblico dibattimento, gli altri dalla storia dell'isterismo. Se queste due serie di argomenti collimano nell'avvalorare il sospetto della simulazione, sarà giustificata la conclusione alla quale pervenni nel dare il mio parere.

Tutto il processo è oscuro, strano, un ammasso caotico di contradizioni. Invano vi cerchi la pruova che ti persuada o ti convinca; vi aleggia invece « *la voce*, » il « *si dice* ». Cominciamo dalle anonime. Furono queste in gran parte attribuite al sacerdote Palmigiano; ma dei periti calligrafi alcuni sostennero essere quello delle anonime il carattere di Palmigiano sformato, altri negarono ogni somiglianza tra i due; non fu possibile conciliare la profonda divergenza tra i detti periti. Nessuna luce quindi ci viene da questo lato. Esaminiamone il contenuto: quante contradizioni non vi si notano!

Mi si permetta in questo punto che io spenda due parole sul prete Palmigiano, perchè il lettore possa penetrare più addentro nello spirito delle anonime. Basso alquanto della persona; faccia intelligente; fronte alta; occhio mobile e vivace; parola franca, facile, forbita; spirito intraprendente; fondatore di società operaie e di giornali per operai; coltura assai più larga che non la ordinaria di un prete comune; passionato delle lotte politiche e di partito; vigile, attivo, e spregiudicato affibbia l'epiteto « buffonata » al miracolo di Pio IX. Questo è l'uomo al quale sono state addebitate le anonime; e bene quest'uomo non meno intelligente che astuto, mentre scrive le anonime per nascondersi, dà tutti i connotati per mettersi in evidenza; ricorda l'abboccamento avuto con la madre di Conte; si sottoscrive « un sacerdote », un « gerente di giornale »; ma che altro per dire: sono Palmigiano?

Il contenuto e lo stile di quelle lettere sono molto al di sotto della coltura e dello stile del prete Palmigiano, e gli errori grammaticali di cui sono condite non dovrebbero appartenergli.

E che cosa vuole, e vivamente desidera in quelle lettere onde minaccia e svillaneggia il Conte? Che questi si svesta dell'abito sacerdotale, e non chiede altro. E tu invano cerchi d'indovinarne il perchè.

Il prete Palmigiano non può ignorare che il clero contiene elementi ignominiosi coverti col manto della misericordia di casta o dell'indifferenza del gregge, e Conte invece era un povero ed onesto giovine: e quanto all' amicizia di quest'ultimo con il Dr. Fusco l'abito non ne mutava nè l' importanza nè le conseguenze. Non ci si vede aleggiare invece lo spirito di Conte, che anela il momento di spogliarsi da prete, e che vuol trovar modo di giustificarsi innanzi alla propria famiglia e alla società? Se nella interpretazione dei fatti in mancanza di pruove ci deve guidare la logica, la ragionevolezza conseguente dei fatti, io posso affermare che sarebbe stato inconseguente il Palmigiano a scrivere quelle lettere, per quanto logico e conseguente a dettarle l'isterismo di Conte.

E Palmigiano, oramai rivelato, scrive un' anonima al vescovo per chiedergli lo stesso che aveva imposto a Conte; e doveva essergli noto che il vescovo aveva trattato così duramente il Conte, e lo aveva ingiustamente interdetto negli studii ecclesiastici; d'altronde avrebbe avuto tempo e modo di ordire oralmente col vescovo qualunque complotto a danno di Conte, di scatenargli addosso la vendettta o l'ira dell'autorità ecclesiastica senza compromettersi. Ma no; quell'uomo accecato vuole andare fino alla perdizione, e scrive lettere minacciose il giorno stesso dell'aggressione del tre gennaio, e ne scrive o ne fa scrivere anche dopo l' attentato, che ricordano la prima aggressione, che ne promettono altra più efficace, e tutto questo quando già l'autorità giudiziaria è sulle tracce degli assassini, quando ne ha già qualcuno in suo potere, quando si parla della competenza della Corte di assisie, quando egli pure è indiziato, quando anche un idiota

avrebbe compresa la necessità e la convenienza del silenzio. Queste lettere anonime dunque che sono illogiche per il contenuto e per la forma, e che sono in contradizione palpabile con l'interesse della propria conservazione non potrebbero essere attribuite, fino a pruova in contrario, ad uomo di sana intelligenza come è Palmigiano.

Vedremo appresso se vi risponde qualche carattere delle anonime delle isteriche, per ora passiamo alla disamina degli altri fatti.

L'aggressione del 3 Gennaio fa venire la pelle d'oca a sentirsela descrivere, e si riduce ad una farsa pulcinellesca. Il forte pugno sotto il mento non produce sulla bianca cute dell'imberbe Conte alcuna lividura: il colpo di bastoae sul cappello gli permette di notare dove il cappello gli era caduto, e ne indica egli stesso il sito alla portinaia quando, presentatosele senza cappello, la prega di andarglielo a prendere nel vico alle spalle della casa; il colpo di pugnale vibratogli in direzione del petto viene arrestato, secondo la enfatica espressione del Prof. Raffaele, dall'ombrello adamantino, e misura così precisamente lo spessore degli abiti per non ferire, e il colpo di arma da fuoco andato a vuoto sarebbe stato udito solo dal Celotti Paolo, zio di Conte, mentre se ne stava nella sua camera, naturalmente con la finestra chiusa poichè era una piovosa serata di gennaio, e non sarebbe stato udito da nessuno dei tanti bottegai che erano sulla strada (deposizioni dei D'Amore, di Coppola, Capone ed altri), i quali apprendono, solo dopo due o tre giorni, dalla voce pubblica, l'aggressione patita dal Conte avanti le loro botteghe! Ed il Conte aggredito non grida, non chiede aiuto, non trova opportuno adoprare quest'arme tanto prediletta degl'imbelli e dei deboli, e tanto efficace! tanto più che delle botteghe erano sulla via ove a un passo avrebbe potuto riparare.

E gli aggressori nominano il Palmigiano ed il Fusco, rivelano la causale dell'aggressione, realizzano le minacce delle lettere anonime, determinano la lunga e matura premeditazione. Quale insolente e tracotante cinismo di rincontro alla legge punitiva da parte d'individui che non

sono delinquenti nati, nè pazzi, nè travolti dal torrente violento della passione!

E il Conte in una buia ed uggiosa sera di gennaio, in strade secondarie di Castellammare, riconosce i suoi aggressori, e dopo qualche giorno decisamente li indica in un regolare atto di ricognizione innanzi all'autorità inquirente! Ed il Palmigiano veniva indicato come mandante dalla voce pubblica, diffusa da chi? come? solo perchè nominato da uno degli aggressori, o perchè rivelatosi volontariamente nelle anonime!

Inconcepibili contradizioni!

Quanto alla seconda aggressione l'inverosimile piglia più corpo, ed il delinquente incriminato ti apparisce del tutto un idiota e peggio.

Era notorio in Torre Annunziata che a Paolo Conte era vigile custode l'autorità di P. S.; che sempre egli era accompagnato da una guardia di questura; e che era quasi impossibile sorprenderlo qualche volta solo per aggredirlo. Tuttavia, la sera dell'aggressione la belva aspettava la sua preda al varco; proprio quella sera, l'unica volta, che il Conte rincasava solo, avendo egli stesso licenziata la sua guardia!

Lo assassino che gli aveva teso l'agguato all'ombra di un fanale della via di rincontro alla di lui abitazione, lo lasciava passare per l'antrone oscuro del palazzo, gli permetteva salire la prima tesa della scalinata, e lo assaliva presso la lampada, quando il Conte si era fermato lì, per vedere che ora s'era fatta, con l'orologio alla mano. Lo sconosciuto per compiere il suo mandato aborre il buio dell'antrone del palazzo, ed a testimoniare la sua bravura aspetta il Conte ove la fioca luce della lampada gli avesse magari permesso di riconoscerlo.

E lo percuoteva ripetutamente con pugni (di un facchino!) e nessuna lividura o ecchimosi testimoniava i traumi patiti.

Lo sconosciuto nominava quelle stesse persone, che avevano consumata la prima aggressione, annunziandosene vindice per aggravare la posizione dei suoi amici, già in potere della giustizia, e per rivelare ancora una volta

lo spirito infernale che avrebbe soffiato nelle aggressioni di Conte.

Ed è curioso che sarebbero state qui profferite, su per giù, le stesse parole che si udirono nella prima aggressione; e sarebbero state adoperate le stesse arme: i pugni, il pugnale e il revolver, come la prima, anche la seconda volta inefficaci.

Le pruove di fatto mancano qui come nella prima aggressione; le deposizioni sono contradittorie; il « si dice » tiene il luogo della pruova; ad ogni passo non trovi che il buio, il grottesco, l'inverosimile, lo strano, e il ridicolo, che tormentano istancabilmente la coscienza del perito.

Per fortuna la Psicopatologia forense irradia un pò di luce sul dubbio che il capo tensona. Al difetto di pruove supplisce la malattia del Conte, e l'analoga casistica apre al naturalista spregiudicato, che cerca la ragione dei fatti umani e della umana condotta, la via per interpretarli con vedute assai più larghe. Le quali il magistrato può ripudiare per dovere sociale, o per abitudine di mestiere; e l'avvocato oratore, i cui professionali interessi vi si trovano a disagio, può nascondere nell'artificiosa nebbia dell'ironia; ma quei fatti e quelle vedute restano verità piramidali, contro cui s'infrange qualsiasi privato interesse, e si dissolve in ridicolo la più arguta ironia.

Pur troppo oggi il magistrato e l'avvocato contrario spesso assumono atteggiamento ostile innanzi allo psichiatro forense, e un ironico sorriso, spesso indiscreto, subito rivela l'animo mal disposto ad accoglierne la conclusione, come se valesse una contraria ed infondata affermazione ad abbattere tutto un immenso edifizio scientifico, prodotto della fatale evoluzione del pensiero umano.

Ben s'intende: Da quell'edifizio spira un'aura, che pare voglia scuotere dalle fondamenta la costituzione sociale e giuridica, uno spirito di naturalismo che irruginisce e corrode il vecchio classicismo che si ripiega e s'infrange (1).

---

(1) In alcune dottissime lezioni il Prof. Buonomo quest'anno ha mirabilmente istituito un parallelo tra la scuola classica e la scuola antropologica giuridica, e riandando l'origine di ciascuna e lo spi-

Ma il naturalista non si preoccupa del pregiudizio del magistrato, nè della costituzione sociale· se ha tempra robusta di pensiero guarda in faccia ai fenomeni naturali e ne interroga la ragione e ne cerca le leggi. I fenomeni naturali sono fatti; tra fatti analoghi devono esistere rapporti, nel cui aggruppamento sta la loro legge. Il magistrato freme innanzi alle dottrine psichiatriche, e la società abituata alla vendetta dei suoi dritti conculcati per poco è sgomenta, specie sotto l'impressione di un'offesa patita; ma la verità scientifica è irresistibile, la legislazione deve subirne fatalmente la forza invadente, e la società trovi un nuovo adattamento.

Fatti analoghi a quello ora in disamina si trovano sparsi nella letteratura psichiatro-forense. Vedremo se con essi e con la dottrina generale dell'isterismo è scientificamente fondato il dubbio della simulazione nel caso nostro.

Non ne evocherò i ricordi nella storia troppo antica, poichè per quanto sia dimostrata la somiglianza anzi l'identità della grande isteria con le forme convulsive, spesso epidemiche, che afflissero diversi paesi dell'Europa nei secoli scorsi, e con le demonopatie di quei tempi, fortunatamente assai lontani da noi (1); pur tuttavia l'impronta di quei processi ad esito eminentemente e brutalmente tragico, che ritraevano il carattere della coltura, dei pregiudizii e della costituzione sociale di quei tempi, potrebbe sembrare assai diversa da quella che traggono seco i processi provocati da individui isterici nei tempi a noi prossimi. Basta aprire il Calmeil (2) l'Hecker (3), l'Ideler (4) per sentirsi l'animo raccapricciato alla plastica rappresentazione di quelle scene di sangue e di roghi provocate da istériche, e sancite da tribunali e parlamenti. E

---

rito che le informa, mostrò il gran cammino fatto dalla scuola antropologica guadagnando terreno alla prima, che sempre più cede e volge all'occaso.

(1) Richer. Etude clinique sur l'Hystero-Epilepsie, 1884.

(2) De la Folie consideree sous le point de vue Pathologique, Philosophique ecc. 1845.

(3) Die Tanzwuth. 1832.

(4) Versuch einer theorie d. religiösen Wahnsinnes. 1884.

non manca qualche isterico accusatore. È singolare tra gli altri il processo provocato da un tale Ernouf, un isterico, il quale con le sue false accuse provocò la condanna di parecchi disgraziati, suscitò un processo in cui furono interrogati molti testimoni, e col quale molte persone furono sul punto di esser compromesse (Calmeil).

L'isterico in tutti i tempi e in tutte le fasi sociali è sempre uguale a se stesso: sentiamo Ernouf, che accusa nella maniera più veridica una delle sue disgraziate vittime: « j'ai la certitude d'avoir eté maleficié par des sor-
« ciers. Un Jeune homme nomené Godefroy a d'abord
« été chargé de m'attirer dans leur corporation. Godefroy
« m'a prié m'à suplié de consentir a ses vues, de ne pas
« opposer un refus à l'offre qu'il me faisait de me con-
« duire au sabbat..... Une nuit ce misérable est entré
« dans une chambre accompagné d'un grand homme noir,
« et m'a fait éprouver tutes les transes de la peur »..... Urbain Grandier che fu accusato dalle monache Ursuline di Loudon di recarsi a visitarle durante la notte espiò sul rogo il delitto immaginario.

Tardieu (1) Lasegue (2) e Legrand du Saulle (3) tra gli altri, che hanno fatto lo studio più approfondito del carattere morale delle isteriche, e della loro psichica costituzione, indipendentemente ed al di fuori della follia isterica, convengono nel fornire lo stesso quadro e con le stesse tinte, che riproducono i moti dell'animo dei soggetti isterici. Quel quadro fu riprodotto, controllato ed anche copiato da altri insigni scrittori; esso rappresenta in forma plastica un fatto scientifico irrecusabilmente assodato.

Gli affetti da isterismo hanno un gusto irresistibile ad ingannare; estremamente doppii e menzogneri portano le mistificazioni al punto da trarre in errore anche i più abili osservatori; lanciano false accuse contro persone per le quali sentono un'antipatia invincibile il più delle volte non motivata, e le sorreggono con un intreccio di aned-

---

(1) Etude medico-legal sur la folie, 1872.
(2) Ann. Med. Psych. 1881.
(3) Les Hystériques. Paris. 1883.

doti assolutamente immaginarii, ma ben collegati da darci tutta l'aria della verosimiglianza, e renderli assai credibili. Essi mentiscono unicamente per il piacere di mentire, e il loro bisogno d'ingannare talvolta si esalta sino al delirio (Lasegue). Eccessivamente egoisti amano interessare, secondo il grado di coltura e l'ambiente in cui vivono, le persone che li circondano o tutto un paese; e per soddisfare a questo bisogno irresistibile spesso rappresentano le scene più grottesche sul teatro della vita, e, ai tempi che corrono, recitano la loro parte anche su per i giornali, ministri spesso benevoli della degradante vanità, la più alta espressione della psichica degenerazione. Veri rappresentanti del « sensitivismo » trovano teatro molto adatto alla loro rappresentazione ove agl'ignoranti iddii certa stampa brucia il piatito incenso. E l'isterismo, il più alto diapason morboso della debolezza irritabile, relegato il demonio dell'inferno negli abissi del passato, è compreso dal demone dei milioni, e dallo spirito irrestibile della pubblicità giornalistica.

Gl'isterici si creano venerati numi, ai quali sacrificano loro stessi con un culto veramente religioso, e dei demoni immaginari, cui plasmano e raffigurano in quelli disgraziati che hanno incontrata la loro illogica antipatia, o con cui trovansi per diverse ragioni in conflitto. Allora inventano false accuse e nella loro esaltata fantasia trovano i colori più smaglianti per rappresentarle innanzi ai tribunali ed affascinare la buona fede dei giudici e dei giurati. Tale antipatia per certe persone può divenire la causa prima di atti criminosi (1), la cui effettuazione ingombra e domina tutta la loro coscienza come un'idea fissa, che, secondo una ingegnosa espressione di Esquirol, è una specie di catalessia dello spirito.

Maestri in astuzie e raffinati nella simulazione, col bisogno di rendersi interessanti, concertano commedie grot-

(1) Krafft-Ebing. — La responsabilitè criminelle Trad. Franc. 1875. Lo stesso — Trattato clinico pratico delle malattie mentali. Trad. Ital. 1886. Lo stesso — Hysterische Geistesstörung nell' Handb. d. Gerichtliche Medicin V. IV. Jolly. Isteria ed ipocondria nell' Enciclopedia di Ziemssen.

tesche o ridicole, che scompigliano onorate famiglie e talfiata si risolvono tragicamente ; in esse giocano una parte non indifferente le lettere anonime, che scrivono per creare imbarazzi e seminare la discordia (Dally) (1).

Se è vero che il mezzo giustifica il fine, l'isterico ne fa la più ampia e pazza applicazione, e per raggiungere un intento, ordinariamente egoistico, carezza le idee più strane, e concerta i tiri più pericolosi, cui attua.

Nel seno della famiglia le isteriche disturbano la pace domestica, e pretendono pruove di affezione che spesso respingono, specie dai loro mariti, contro i quali ogni momento, alla più piccola contrarietà, inveiscono col loro spirito di aggressione ; e con la loro immaginazione feconda organizzano calunnie e accuse, che sanno sostenere anche innanzi ai tribunali, in certi processi più o meno scandalosi di separazione, con tanta lucidezza e con tale un accento di convinzione da commuovere in loro favore i magistrati.

Con lo spirito di contradizione e di controversia , di doppiezza e di simulazione, col bisogno inveterato ed incessante di mentire senza interesse esse traggono partito dalle peripezie più strane ed inconcepibili, « Si abbandonano alle supposizioni più bizzarre, più false, più ridicole, più ingiuste; l'amore della verità non essendo, d'altra parte la virtù dominante del loro carattere, non espongono mai i fatti nella loro realtà, ed ingannano marito, parenti, confessori e medici » (Morel).

È sorprendente la sagacia e l'inaudita tenacità che pongono in opera le donne affette dalla grande isteria per ingannare, specialmente, dice Charcot, quando la vittima della impostura deve essere il medico, e puossi aggiungere un prete.

Il numero dei processi provocati da isteriche non é indifferente rispetto a quelli il cui movento fu un'altra forma di squilibrio psichico. Darò qui un breve cenno dei più interessanti, tolti specialmente nella letteratura francese, la incomparabilmente più ricca, svolta in un paese che può

(1) De l'état et du Délire malicieux. — Ann. méd. Psych. 1877.

a buon dritto esser considerato il più gran teatro delle gesta dell'isterismo.

OSSERVAZIONE 1.ª

Una giovane isterica, di 23 anni, si produce più di 600 incisioni con le forbici, e poi va a cadere in uno stato di apparente svenimento a pochi passi dalla casa di suo zio, con le mani separatamente legate, e col moccichino annodato sulla bocca. Riacquistata la coscienza dopo alquante ore ne accusa quattro giovani, asserendo che queglino, di cui dava i più minuti contrasegni, avevano voluto violarla. Taulmouche (1) ottenne la confessione che le ferite se le era prodotte ella stessa.

OSSERVAZIONE 2.ª

Un'isterica con una menzogna dello stesso genere fece ritenere in prigione per più di un anno due poveri giovani che ella aveva accusati non solo di violenze fattele, ma ancora di averle introdotti nella vagina pezzi di legno e di ferro, che in effetti le furono estratti (Merland) (2).

OSSERVAZIONE 3.ª

Una giovane di 16 anni, di distinta famiglia, in pieno giorno, in mezzo al giardino delle Tuileries, ruba il bambino di un magistrato di Parigi per simularne la maternità, e farsi sposare da un giovane, al quale si era abbandonata, e che si era brutalmente rifiutato di riparare il fallo. Fu affare di corte di assisie in cui Tardieu (3) riuscì a trovare il bandolo dell'intricata matassa.

OSSERVAZIONE 4.ª

Una giovane confessa di essersi sgravata di un bambino,

(1) Ann. d'Hygiene et de Med. Leg. 1. Serie V. 50°.
(2) Singulaire affaire de simulation (Ann. d'Hygiene e de Med. Leg. 1864).
(3) L. c.

e di averlo ucciso. La perizia constatò che nonchè del parto nè della gravidanza vi era traccia; ma che la giovane non era stata mai gravida, ed era per di più del tutto vergine.

Tutto il romanzo era stato effetto del giuoco di allucinazioni, che le avevano rappresentata una storia di amore nei suoi più plastici particolari, la gravidanza consecutiva, il parto, le apparenze della neonata, la sua morte ecc. (perizia del Dott. Zanini (1)).

OSSERVAZIONE 5.ª (2).

Una giovine di 19 a 20 anni abbandona per otto giorni la propria famiglia per correre un'avventura galante. Per giustificare presso i suoi l'assenza, inventa che era stata sequestrata presso un vecchio signore, ai cui desiderii ella non aveva voluto cedere, dopo averla adescata col dirle che avrebbe dovuto solamente rimpiazzare l'affetto di una figlia che aveva perduta. Dopo alcuni giorni le era riuscito di fuggire. Ella fece una descrizione completa della casa ove era stata sequestrata con i più piccoli dettagli. Era un' isterica. Si venne a sapere sei mesi dopo che quei giorni se l'era goduti con un musicante di reggimento.

OSSERVAZIONE 6.ª (3).

Una giovane di 26 anni ritenuta per inspirata, l'eroina del giorno, mostrò un giorno sopra diversi punti del corpo macchie nere, che ella diceva conseguenze di contusioni che il diavolo le aveva fatte percuotendola barbaramente con la sua coda di ferro, perchè ella non voleva cedere alle sue tentazioni. Ai parenti raccontò che quelle ecchimosi gliele aveva prodotte l'amante, che disperato per il rifiuto della famiglia di lei a concedergliela in isposa, aveva potuto penetrare fino a lei, e stringerla violentemente tra le braccia dicendole « tu ne seras jamais a d'autres que a moi ». Il padre della ragazza avrebbe intentato un giudizio

(1) Forlani — L'isterismo e i suoi rapporti con la follia e la responsabilità 1869.
(2) Lasegue. — Ann. Med. Psych. 1881.
(3) Bergeret. — Annales d'Hygiene publ. et de Med. Leg. 1863.

certamente scandaloso, se non ne fosse stato dissuaso dall'autore sicuro della simulazione della giovane.

OSSERVAZIONE 7.ª (1).

Una donna separata dal marito, col quale veniva a parole risentite e a scene violente ogni volta che quegli andava a visitarla, fu presa, precisamente dopo una di queste visite, da un terribile e violento accesso d'isteroepilessia, onde dibattendosi ebbe a riportarne molte ecchimosi. Fu imputato il marito di gravi maltrattamenti alla moglie, onde le ecchimosi, e ci volle la buona opera dell'A. per impedire a lei e a suo padre di avvanzare formale querela contro quel poveruomo, che proprio quel giorno non aveva punto provocata la moglie. L'accesso convulsivo invece era scoppiato perchè il suo amante, avendo visto il marito da lei, se ne era mostrato geloso, e le aveva amaramente rimproverata la visita fattale dal marito.

OSSERVAZIONE 8ª. (2).

Una donna isterica accusa il marito di volerla avvelenare. Il magistrato, sull'indicazione della moglie, rinviene nella casa un vaso contenente arsenico e della zuppa di pane nel vino, che la donna doveva prendere, con grande quantità di arsenico.

Il marito è menato in prigione.

La moglie per otto giorni dopo gode ottima salute; ma poi è presa da una specie di accesso di follia, e muore un giorno dopo.

Nell'intestino fu trovata una grande quantità di arsenico come quello rinvenuto nella propria casa dal magistrato. Naturalmente quella quantità di arsenico non aveva potuto essere ingerita prima dell'arresto del marito. La donna si era suicidata, e se il marito non fosse stato arrestato otto giorni prima sarebbe stato certamente incriminato dell'av-

(1) Bergeret. — Ann. d'Hyg. Publ. et de Med. Leg. 1865.
(2) Legrand du Saulle. — Les Hysteriques ecc. 1883.

velenamento della moglie. Invece fu immediatamente rilasciato.

OSSERVAZIONE 9.ª (1).

Una giovine abbandona di notte la casa della nonna; erra per la campagna, e alle sei del mattino si presenta al brigadiere di gendarmeria, accusando un tal M. . . « giovane dai mustacci rossi » di averla involata dalla propria casa. Due gendarmi sono spiccati; e infatti trovano una forte scala di fune sospesa alla finestra della camera da letto della giovane. Però portatisi dal sig. M. trovano che era seriamente malato da cinque giorni.

OSSERVAZIONE 10.ª (2).

Una signora isterica a tipo ereditario, ruba oggetti al marito, li nasconde tra gli effetti dei servi, e poi li accusa di furto. Per i fatti ereditarii e per i gravi fenomeni di isterismo Morel dubitò dell'accusa, e costrinse la signora a confessarne la falsità.

OSSERVAZIONE 11.ª (3).

Madamigella A. de M. indirizza al Procuratore Generale una memoria, in cui dichiara di essere stata vittima di molti stupri da parte di preti. Tra gli altri fatti descrive con molto colorito e dettagli quello patito nella chiesa da parte dell'abate X. il quale le si presenta quando tutta la gente era uscita dalla chiesa e le porte ne erano chiuse, di che ella nel fervore della preghiera non si era accorta, la invita ad entrare nella sagrestia; lì le fa una calda dichiarazione di amore; ella vi si rifiuta; allora egli caccia un pugnale e finge di colpirsi il fianco sinistro; a quella vista ella sviene, al ridestarsi si trova stuprata.

In corte d'assisie fu dimostrata la impossibilità materiale

(1) Legrand du Saulle. — L. c.
(2) Morel riportato da Legrand du Saulle.
(3) Chabrun. — These de Paris. 1878.

dei fatti; ma frattanto l'accusata di aspetto dimesso, trista e rassegnata, mette a profitto tutte le risorse della sua immaginazione per sostenere l'accusa.

Osservazione 12.ª (1).

Una giovane di 26 anni dovea sposare un tale M., che all'ultima ora si rifiutò alle nozze. Un mattino fu trovata devastata la vigna di un magistrato; Maria, tale era il suo nome, ne denunziò autori M. e il fratello, i quali sulle di lei deposizioni furono condannati. Dopo qualche mese questa giovane si presentò ferita, denunziando un'aggressione, e ne accusò autore uno dei zii di M., il quale fu condannato a cinque anni di reclusione. Dopo altro tempo nuove ferite, e nuove accuse contro altro zio di M. Ella stessa si aveva inflitte le ferite.

Altre due simulazioni seguirono alla precedente, tanto che divenne l'oggetto della commiserazione pubblica e l'eroina del paese. Dopo tante altre peripezie fu una volta osservata da Bergeret in preda ad attacchi d'isteria.

Osservazione 13.ª (2).

Nel 1865 la signora Segrerà di 40 anni, eminentemente isterica per eredità, per la strana condotta e per la eccentricità di cui si faceva colpevole fu chiusa in una casa di salute a Barcellona. Allora architettò le accuse più criminali contro suo marito, due cognati, e tre medici eminenti; e le espose con tanta verosimiglianza e tanta scaltrezza, che in seguito a un processo strepitoso quei disgraziati furono condannati chi a 18 chi a 20 anni di galera. Più tardi questa pena fu commutata nell'esilio. Uno dei medici vittima di questo grave errore giudiziario inviò un esposto dettagliato alla Società Medico-Psicologica di Parigi, la quale decise di intervenire, e nominò tre dei suoi più autorevoli membri. Il rapporto che distesero questi ul-

(1) Legrand du Saulle. — Loco c.
(2) Legrand du Saulle, Loco c.

timi dopo lungo studio, conchiudeva per la simulazione da grave isteria e per l'innocenza assoluta dei condannati. Questi uomini sono oggi graziati e riabilitati.

OSSERVAZIONE 14.ª (1).

L'unica figlia del Generale de M. a nome Maria, di sedici anni, un bel giorno accusò ai suoi genitori il luogotenente De la Ronchere, che frequentava la loro casa, di parole che esprimevano la bellezza della madre, e la disgrazia sua di non rassomigliarle. Erano precedute lettere anonime contenenti dichiarazioni di amore per la moglie del generale. Queste continuando a piovere all'indirizzo della Signora de M. cominciavano a portare per firma le iniziali *E. de la R.* Nello stesso tempo un altro ufficiale ricevette una lettera anonima, la quale faceva supporre illecite relazioni tra lui e la figlia del generale.

In questo stato di cose, presentatosi una sera E. de la R. in casa del generale, non fu ricevuto. Alle due del mattino seguente la governante di Maria sentì rumori e pianti nella camera della sua padrona; vi accorse, e la trovò con un faccioletto stretto al collo, una corda alla cinta, fuori del letto, in camicia, macchiata di sangue; e le raccontò che De la Ronchere era penetrato per la finestra, l'avea assalita, cercata di stuprarla inutilmente, e ferita nelle parti segrete, ove tre mesi dopo alla perizia si trovò uua piccola cicatrice. A questa aggressione seguirono altre lettere anonime, sottoscritte E. de la R., che si vantava dell'attentato.

Il Generale lasciò quella residenza, e andò a vivere in Parigi, ove una sera Maria tenendo il braccio fuori della carrozza gridò di aver ricevuto un colpo violento, nello stesso tempo che un biglietto anonimo dello stesso carattere dei primi cadde nella carrozza.

Si adì finalmente i Tribunali, De la Ronchere fu arrestato.

Il dibattimento con i più valenti avvocati del tempo fu

(1) Legrand du Saulle l. c.

uno dei più clamorosi; la perizia calligrafica trovò il carattere delle anonime non somigliante a quello di De la R. bensì per qualche tratto piuttosto simile a quello di Maria, la quale frattanto era spesso colta da accessi convulsivi, catalettici e sonnambolici. Un distinto medico alienista, messo a sorvegliare Madamigella Maria durante il processo, assicurò non esservi dubbio che ella era affetta da isterismo. Non per tanto la corte di assisie, trascinata dalla pubblica opinione, prevenuta contro De la Ronchere, lo condannò a 10 anni di reclusione!

Questo è un esempio rimarchevole dell' influenza esercitata dalle anonime nei processi provocati dalle false accuse d' isteriche. Con la grande mobilità dei pensieri e dei sentimenti; con la tendenza fatale ad organizzare intrighi per disturbare la pace delle famiglie queste disgraziate ne scrivono di ogni risma, e delle anonime si servono con arte raffinata nei loro raggiri.

Una giovine isterica scomparve dalla sua famiglia per seguire un avventuriero da albergo in albergo per tre settimane; e frattanto alla famiglia arrivavano lettere anonime, con cui la si avvertiva che la giovane era fuori di Francia, e che si era ammalata con grande pericolo di vita. (Legrand du Saulle).

Una isterica, di cui riferisce Morel, si divertiva a mandare lettere anonime alle famiglie del vicinato a solo scopo di disturbare la loro pace.

Le anonime avevano preceduto un processo clamoroso in cui fu travolto da un' isterica un povero abate (v. Gazette des Tribunaux 1873). Ecco il tenore di una di esse: « *Mon petit homme, enfin, où donc es-tu? Là ou tu te* « *trouves personne ne nous connait , et nous serons si* « *heureux tous deux*! (sottoscritta) : *Laura qui t' aime* « *passionnement et qui te donne ses baisers les plus* « *brulants.*

Nel corso del processo intentato contro il prete X per le accuse denunciate dalla giovine isterica A de M (Chabrun. These de Paris 1878) furono ricapitate lettere anonime, dalle quali risultava la tresca tra il prete incriminato e la giovane accusatrice.

*

Le lettere anonime figurano ugualmente in un processo intentato da un' isterica contro i Dottori Peyron e Aubanel per sequestro arbitrario (Ann. Med. Psych. 1866).

Un'altra isterica (Legrand du S.) va in provincia, mette alla posta undici lettere anonime, e poi ritorna.

Un carattere contrassegna tutte queste anonime: l'esagerazione nella forma e nel contenuto, riflesso dello spirito che le detta. O che inspirate dal sentimento di odio scagliano ingiurie, o che dettate dall'amore esprimono lo spasimo dell'anima sensuale che si convelle, vi si riflette l'esaltata fantasia, così caratteristica dell'isterismo, e che erompe dai sentimenti più istintivi, con quella violenta plasticità sensuale, che si agita nei più bassi fondi dell'animo pervertito.

Nelle lettere anonime addebitate a Palmigiano non trovi un solo pensiero che si muova nelle sfere serene dell'intelletto; vi è il mistico vuoto di pensiero, sposato alla bassa contumelia; vi è l'animo che si convelle innanzi allo spettro creato dalla fantasia esaltata; e allorquando scrive: « pure la terra anzi il fango sorge a deporre contro di te « riprovato dalla natura, dagli uomini e da Dio » vi è tutto un equivalente della convulsione istèrica, che si esplica nello scritto.

La debolezza della mente ti si rivela ad ogni punto: mentre scrive: « ascoltandomi tu troverai la salute « dell'anima e del corpo », non gli dà un solo consiglio per fargliela conseguire, egli che gliela desidera così di gran cuore! ed invece gli getta tale quantità di fango sugli occhi da impedirgli per davvero che un solo raggio di luce penetri fino a lui. E se gli dà un consiglio si è sempre quello di smettere l'abito di prete, come se ciò fosse bastato a lavare le colpe di che è infangato. Questa può esser logica d' isterico, che non vanta mai intelligenza soda ed equilibrata, non di un uomo normale, e per di più colto. L'esagerazione mistica poi ti si annunzia al massimo grado quando esclama: « tu andrai di balzo in balzo nel male « finchè piomberai nell' abisso, e di te non giungerà no- « vella ovunque vi è segno di croce ». L' irrazionalità, e la vuotezza, il mistico e l'esagerato in tutte queste anonime

sono a tal grado e così evidenti che basterebbe una rapida ed anche superficiale analisi psicologica delle stesse per far dubitare con grande fondamento, anche in difetto di ogni altra notizia, che quelle appartengano ad un uomo di mente sana.

Quella lettera poi a geroglifici addebitata all'onesto Carrese, così grottesca per il contenuto, e così strana per la forma, è esempio notevole della maniera di scrivere di alcuni pazzi, specialmente dei paranoici; essa ricorda il tatuaggio dei pazzi morali, con cui l'isterismo ha molti punti di contatto.

Un'analisi psicologica di queste lettere all'intento di stabilire qual rapporto passi tra esse e i presunti autori delle due aggressioni occuperebbe ben molte pagine, di cui alcune voglio ancora dedicare a qualche altra questione, nella speranza che basti il poco che ne ho detto nel breve saggio a legitimare il sospetto fondato che quelle non sieno opera degl' imputati.

Ho detto che Conte non è pazzo nel senso volgare della parola, ma egli presenta qualcuno dei caratteri, cui imprime la grande nevrosi. Non vi ha dubbio che egli sia isterico per triste eredità, poichè sua madre fu isterica.

Tuttochè per le condizioni speciali di questo processo, e per il breve tempo (durante il dibattimento) che ci fu accordato per dare il nostro parere, noi non abbiamo potuto raccogliere tutte le notizie genealogiche ed anamnestiche, che ci sarebbero state necessarie per distendere una biografia reclamata dalla natura del caso, tuttavia l'esagerata eccitabilità con debolezza, in che si condensa tutto il concetto dell'isterismo, ci si annunzia in alto grado quando la piccola offesa nella scuola mette in forte vibrazione la corda sensibilissima del sentimento personale, che assorbe e polarizza, direi quasi, per alquanti giorni la coscienza. Il campo psichico di risonanza alle onde sensibili di fuori e forse pure alle organiche è annientato, come per interferenza, da stimoli apparentemente più intensi, e il dinamismo nervoso allora si dispiega negli organi inferiori, onde la convulsione o la catalessia che segue ad una contrarietà, ad una emozione o ad un rimprovero (la catalessia in casa

del vescovo); mentre in altro tempo la violenza del sentimento personale proclama l'impero organico dell'Io, che di null'altro si preoccupa che di attirare a se le cure della famiglia e l'interesse del paese. La superficialità dei sentimenti onde la esagerazione convulsa e l'esaurimento paretico, non giustamente motivato, che interrompe il filo organico della personalità, apparisce chiaro dal facile ripudio di quella religione, di cui egli poco innanzi era idolatra fino al fanatismo. Il vagare del culmine delle onde della attività psico-fisica verso i punti accidentalmente stimolati (Schüle) così caratteristico nell'isterimo, con sì debole attività volitiva, che, spenta del tutto, come in alcune fasi dell'ipnotismo, permette la completa polarizzazione delle attività spirituali, (1) spiega la grande simpatia per il Dott. Fusco. e l'assoluto votarsi alla volontà di lui con annullamento della propria, per debole che sia, nonchè l'antipatia invincibile per tutti quelli che di Fusco si ritenevano nemici; e spiega pure gli atti di eroismo, e gli slanci generosi, di cui gl'isterici ci porgono esempii non rari.

Nè vale opporre che il Conte ha ripetuto senza mai contradirsi i fatti dell'aggressione, ed anche nei più minuti particolari; poichè l'isterico con la fantasia esaltata percepisce in maniera sensibile il portato del proprio pensiero, che ravvivato dalla fervida immaginazione si proietta plasmato al di fuori, e ritorna nella coscienza come materiale mnemonico, che il più delle volte può esser riprodotto fedelmente. Da quì le gravi turbe nervose e finanche veri attacchi convulsivi, stati di violenta emozione, quando pure

---

(1) Binet e Ferè (Revue Philosophique 1885) hanno notato che le emozioni e gli stati dell'animo subiscono una modificazione sotto l'influenza della calamita in certe date circostanze. Ad A. C. in stato di sonnambolismo si suggerisce di essere gaia, poi la si sveglia e le si applica una calamita. L'ammalata prima è gaia e dice di aver voglia di ridere, poi si abbandona all'improvviso sulla sedia e prende un'attitudine triste. Gli autori riferiscono molte esperienze analoghe.

Interessantissimo riesce il caso rtferito da Voisin, e discusso in una tornata della Società Medico-Psicologica (Annales Medico-Psychol. N. 1· 1886) riguardante un soggetto isterico, in cui gli agenti fisici (calamita, metallo) modificavano non solo lo stato fisico dell'infermo, ma anche lo stato dell'animo.

non simolati, che, come in questo, anche in altri casi si sono notati in seguito ad un'aggressione simulata.

CONCLUSIONI

1.° Paolo Conte è un isterico ereditario; e presenta i caratteri psichici dell'isteria.

2.° Dall'analisi di tutti i fatti riferibili a Conte, e per l'assoluto difetto di pruove di fatto giudico molto probabile che le due aggressioni sieno state simulate.

Il Pubblico Ministero chiese tre anni di carcere per il Palmigiano e sei mesi per gli altri prevenuti, nonchè la condanna pure alle multe e alle spese del giudizio. Il Tribunale condannò Palmigiano Carrese e Muollo ad un mese di carcere e alle spese del giudizio. Assolse il Valanzano.

Mi auguro che, per l'onore della magistratura italiana, questo processo non venga ricordato ad esempio di errori giudiziarii provocati da individui isterici.

Prof. L. BIANCHI

RIVISTE

ANATOMIA NORMALE E PATOLOGICA DEL SISTEMA NERVOSO E LOCALIZZAZIONI

S. Golgi. — *Sulla fina anatomia degli organi centrali del sistema nervoso.* — *Metodi d'indagine.* (Rivista Sperimentale di Freniatria e di Medicina Legale Fasc. II-III 1885).

Avendo negli scorsi numeri del nostro giornale riportato delle riviste su' risultati ottenuti dall'*A.* sulla fina anatomia degli organi centrali del sistema nervoso, mediante metodi suoi particolari, veniamo ora a far noto questi metodi d'indagine da lui adoperati.

I metodi particolari ai quali l'A. deve i suoi più notevoli risultati sono i seguenti.

1.°) *Metodo dell'azione combinata del bicromato di potassa e del nitrato d'argento.* — Il procedimento diretto ad ottenere la colorazione nera degli elementi costitutivi degli organi nervosi centrali, consta essenzialmente di due momenti, cioè:

a) *Indurimento de'pezzi con una soluzione di bicromato di potassa.* Può adoperarsi il liquido di Müller, ovvero la semplice soluzione di bicromato di potassa al 2 0/0. Il liquido dev'essere abbondante; i pezzi piccoli e freschi per quanto è possibile. Ad accelerare l'indurimento si può gradatamente aumentare la concentrazione del bicromato dal 2, 2 1/2 al 3 4 5 0/0; come pure cambiare di tanto in tanto il liquido onde evitare lo sviluppo delle muffe. La durata dell'immersione de'pezzi nel liquido d'indurimento varia oltre che per la quantità del liquido stesso ecc. ecc. anche per la temperatura. L'A. consiglia di saggiare di tanto in tanto qualcuno de'pezzettini posti ad indurire, onde accertarsi del momento favorevole per procedere alla:

b) *Immersione de'pezzi induriti nella soluzione di nitrato d'argento.* L'A. adopera abitualmente una soluzione di nitrato d'argento al 0, 75 0/0; però anche soluzioni al 0, 50 0/0 possono essere adoperate specialmente quando il pezzo non ha raggiunto il perfetto indurimento. La quantità di detto liquido deve variare

a seconda del numero de' pezzi. Immergendo questi ultimi nella soluzione innanzi accennata s' ha un abbondante precipitato di cromato d' argento. Per cui deve cambiarsi la soluzione finchè non apparisca alcun precipitato.

È indifferente tenere i pezzi sotto l'influenza o difesi dalla luce. Il soggiorno varia da 24-30 fino a 48 ore, in una stanza ben riscaldata qualora sia d'inverno. I pezzi induriti si possono tenere nella soluzione di nitrato d' argento anche per settimane e mesi, senza che patissero alcun danno.

È pregio del metodo che la reazione è parziale, cioè: in alcuni punti avviene la colorazione nera a preferenza nelle cellule nervose, in altri nelle cellule della nevroglia ecc.; in tal guisa non si avvera confusione alcuna.

L'A. dopo aver accennato al modo con cui ordinariamente si sviluppa la colorazione nera ne' fasci di fibre nervose, nelle cellule gangliari e nelle cellule della nevroglia passa al:

Trattamento e conservazione dei preparati. Principal cosa per conservare a lungo i preparati si è di liberare le sezioni de'pezzi dall'impregnamento del sale d'argento; per cui saranno ripetute volte lavate con alcool semplice, indi disidratate accuratamente con alcool assoluto. Per rischiarare i preparati è utile immergerli per parecchi minuti nel creosoto e poscia trasportarli nell'olio essenziale di tromentina, dove possono soggiornare da 10 e 15 minuti sino a parecchi giorni.

In seguito i pezzi devono essere conservati nella vernice Amar, che l'A. ha trovato preferibile al balsamo del Canadà. Però le *sezioni, a differenza di quanto si pratica colle preparazioni microscopiche in generale, non devono essere coperte col vetrino coproggetti.* Qualora avvenga che i preparati s' ingialliscano, è utile immergere il preparato con tutto il vetrino in un bagno prolungato di olio essenziale di trementina, e poscia chiuderli novellamente.

L'A. fa osservare come ad ovviare agl' inconvenienti che potessero diminuire l'importanza della bontà del metodo, è utile che i pezzi sieno fissati coi liquidi d'indurimento prima che abbiano subito alterazioni cadaveriche di rilievo. Per cui consiglia:

a) *Iniezioni di bicromato* (soluzione al 2 1/2 0/0) da praticarsi negli animali appena uccisi dalla carotide o dall'aorta, ov-

vero iniezioni di bicromato e gelatina. Nell'uomo tali iniezioni verrebbero praticate al più presto possibile dopo la morte.

b) *Indurimento col bicromato in ambiente a temperatura costante.* L'A. ha adoperato la stufa di Wiesnegg a 20° 25° C. in cui poneva i pezzi da indurire col bicromato; però se si guadagna in tempo con tal metodo, si perde il vantaggio dalla finezza de' risultati.

c) *Indurimento col liquido di Erlitzki.* (Bicromato di potassa 2 1/2, solfato di rame 0,50, acqua distillata gr. 100). L'A. afferma che i risultati che si ottengono con tal mezzo non hanno pregi di finezza; piuttosto potrebbe adoperarsi una miscela composta di liquido di Müller 80,50 0[0 e liquido di Erlitzki 20,50 0[0:

2.°) *Metodo dell'azione successiva delle miscele osmio-bicromiche e del nitrato d'argento.* Lo si può applicare in due modi:

a) *Coll'immersione diretta de'piccoli pezzi di tessuto nervoso freschissimo in una miscela di bicromato e di acido osmico* (bicromato parti 8, acido osmico (soluzione 1 0[0) parti due), dove resta 2, 3 giorni, e poscia si tratta col nitrato d'argento; però l'A. preferisce di molto il metodo seguente:

b) *Immersione de'pezzi freschi nella soluzione di bicromato; primo trasporto in una miscela osmio-bicromica, secondo trasporto nella soluzione di nitrato d'argento.* Il trattamento successivo e la conservazione dei preparati si fa nello stesso modo già indicato.

3.°) *Metodo dell'azione successiva del Bicromato di potassa e del Bicloruro di Mercurio.* Si adopera la soluzione all'1,2,3 0[0, ovvero il liquido del Müller, dove i pezzi restano 20-30 giorni od anche molto più. Poscia si trasportano in una:

a) *Soluzione di bicloruro* al 0,50 0[0. La reazione avviene lentamente; non meno di 8-10 giorni per i piccoli pezzi e molto (2 mesi) se trattasi di grossi pezzi. Quanto più lunga è durata l'azione del bicromato, per altrettanto più lunga dev'essere l'immersione nel bicloruro; però è la reazione più ricca ed elegante. Nei primi giorni dell'immersione nel bicloruro accade, che il bicromato esce per diffusione; per cui bisogna ne' primi giorni cambiar sempre la soluzione di mercurio, ed in seguito continuare il mutamento della soluzione al bicloruro a misura che questa si tinge in giallo.

La reazione comincia prima nelle cellule e poi nelle fibre. Per il *trattamento di tali preparati* l'A. fa osservare che debbono essere lavati insistentemente coll'acqua per evitare alcuni speciali precipitati che deturperebbero le sezioni. Per la *conservazione* si adoperano i mezzi comuni.

L'A. termina il suo lavoro col far rilevare, che realmente quest'ultimo metodo merita un posto distinto nella tecnica microscopica, a lato dei metodi nei quali la parte principale è sostenuta dal nitrato d'argento, *G. D'Abundo.*

Jürgens. — *Ueber Syphilis des Rüchenmarks und seiner Häute.* Sulla Sifilide della midolla spinale e delle sue membrane, (Charité Annalen. 1885 S. 729).

In seguito alla descrizione di 5 casi di sifilide spinale (di cui 3 congeniti) l'A. rimarcò che tutt'i casi di sifilide spinale finora conosciuti concordano nel fare ammettere, che la sifilide della midella spinale presenta i caratteri d'una malattia a focolaio diffusa o semplice o multipla. Il processo sifilitico nella midolla si esplica specialmente lungo le vie linfatiche. Sono di particolare importanza i disturbi vasali in seguito a processi sifilitici, sebbene la forma semplice iperplastica dell'Arterite deformante sifilitica non differisca per niente da certe forme delle solite malattie croniche arteriose.

La Sifilide spinale offre i seguenti gruppi principali:

1.°) Processi sifilitici delle meningi spinali.

a) Pachimeningite ed aracnoite spinale, cronica, fibrosa sifilitica.

b) Pachimeningite ed aracnoite spinale, cronica fibrosa e gommosa.

Questi disturbi possono essere complicati con malattie spinali protopatiche e deuteropatiche α) per attacco del processo sifilitico dalle meningi sulla midolla spinale stessa, β) per ostacoli sorti in seguito a neoformazioni sifilitiche sulle meningi, γ) per malattie dei vasi (le diverse forme di mielomalacia).

2) Processi sifilitici della midolla spinale e delle radici nervose.

a) Mielite interstiziale cronica fibrosa diffusa sifilitica.

b) » » fibrosa e gommosa.

c) Nevrite e perinevrite spinale fibrosa e gommosa.

Sono sempre processi deuteropatici le degenerazioni degli elementi nervosi della midolla e delle radici nervose.

L'A. pensa che le malattie sistematiche della midolla spinale non stiano in connessione genetica colla Sifilide.

G. D'Abundo.

Liebman Victor. — *Zur pathologischen Histologie der Hirnrinde bei Irren. Sull'istologia patologica della corteccia cerebrale ne' folli.* (Iahrbücher für *Psychiatrie*, Bd. V., Hft, 3, pag. 230 ff.).

L'A. esaminò cervelli di morti in seguito a *Dementia paralytica*, e notò come costante ritrovato la degenerazione ialina delle cellule nervose. È costante eziandio la degenerazione ialina de'vasi, come pure de'capillari sia venosi che arteriosi. Secondo l'A. la *Dementia paralytica* è una encefatite diffusa della corteccia con esito in degenerazione ialina. In una donna morta coi fenomeni di compressione del cervello l'A. rinvenne nel nucleo lenticolare, nel talamo ottico, nel corpo striato, nella capsula interna ed esterna ed in una gran parte del centro ovale, tutto il tessuto infiltrato di diverse formazioni granulari e ialine; egli riguarda questo processo come infiammazione diffusa con degenerazione ialina.

In un epilettico morto a 18 anni l'A. rinvenne eziandio nel cervello oltre la sclerosi d'un corno d'Ammone, una pronunziata degenerazione grassa di tutt'i vasi con abbondanti trombi ialini; come pure osservò in non minor copia cellule nervose con notevole degenerazione ialina, e nella midolla trasformazioni della nevroglia in zolle ialine.

G. D'Abundo.

FISIOPATOLOGIA DEL SISTEMA NERVOSO

Schreiber. — *Experimentelle Untersuchungen über das Kniephänomen.* (Ricerche sperimentali sul fenomeno del ginocchio). — *Centralbl. f. d. med Wissenschaf.*, n.° 3, 1885.

L'A. si propone di risolvere la quistione se il riflesso patellare sia o no l'unica sorgente (fisiologica o fisica) del fenomeno del ginocchio. Egli (sperimentando sui conigli) giunge alla conclusione che: il fenomeno del ginocchio può anche essere un semplice *fenomeno ligamentoso* (Fascienphänomen) nel senso, che l'origine dell'eccitamento sia da ricercare lateralmente nel sito dell'articolazione del ginocchio. Inoltre può anche essere un *fenomeno capsulare del ginocchio;* infine può anche provenire dalle *superficie articolari.* Sebbene dunque il ligamento patellare abbia diretti rapporti col fenomeno del ginocchio, tuttavía quest'ultimo non può essere riguardato come un esclusivo fenomeno prerotuleo, ma come il prodotto di una forma complessa di eccitamento di *tutti* i cennati elementi dell'articolazione del ginocchio.

Quanto poi alla quistione *se il fenomeno del ginocchio sia oppur no un fatto riflesso*, l'A. fa osservare dapprima, che la percussione del ligamento patellare nel fatto produce un manifesto urto meccanico delle parti molli della coscia dello stesso lato, e, in certe circostanze, anche di quella del lato opposto.

Con ulteriori esperimenti dimostra, che, ad onta che il quadricipite abbia conservato il suo tono, che il muscolo abbia una sufficiente tensione e il tendine naturale o artificiale (filo di seta) abbia la capacità di oscillare, occorre un quarto elemento — *la posizione di flessione del ginocchio* —, perchè il fenomeno si produca. Ciò si spiega nel senso della teoria del riflesso, in quanto che, i movimenti riflessi avendo in se il carattere dell'opportunità, se il ginocchio è esteso non si possono ottenere più i movimenti di estensione. Oltre questo movimento non si può ottenere altro che un piccolo movimento di rotazione interna. Nella parte clinica del suo lavoro, come or diremo, l'A. aveva mostrato, che quando il fenomeno del ginocchio era indebolito o abolito, poteva essere chiaramente risvegliato colla fregagione della gamba. In

tal caso si tratta verosimilmente dell'*accumulamento* di piccoli stimoli, che, isolati, non sono in grado di risvegliare riflessi. Queste ultime due serie di ricerche hanno di mira l'introduzione del concetto, che il quadricipite, parzialmente contratto, dietro stimolazione dei componenti l'articolazione del ginocchio, è suscettibile di una ulteriore contrazione riflessa e che quella piccola onda, che precede l'onda propria di contrazione del quadricipite, rappresenta un'onda di scossa, fisica, reale (meccanica), la quale si riscontra anche nei tabici.

Nella parte clinica del suo lavoro, l'A. dimostra che il fenomeno del ginocchio manca transitoriamente negli alcoolisti, quand'essi sono stati lungamente astemii; e durevolmente nei beoni cronici, nei quali, contrariamente ai precedenti, è da ammettere una affezione del midollo spinale. Manca pure negl'individui molto deboli segnatamente nei vecchi, ma eventualmente in essi può essere risvegliato con debole solletico della gamba o con l'incessante percussione del tendine. A risvegliare il riflesso si son trovati inefficaci il calore, la senapizzazione e la corrente indotta; per contrario si è trovato efficace un lieve intossicamento stricnico. In 14 casi di tabe, 2 di poliomelite subacuta e 2 di atrofia muscolare progressiva, 1 di grave paralisi difterica degli arti inferiori, 1 di riflesso patellare troppo breve, il sopra cennato fenomeno non poteva esser risvegliato con le manovre descritte. Risulta da ciò che, in molti casi, il fenomeno di Westphal non è da attribuire ad un'affezione del midollo o del nervo crurale o del m. quadricipite, ma è da riguardare come un transitorio disordine d'innervazione, da causa tossica o altra. I suddescritti processi valgono forse qual mezzo sicuro per distinguere le momentanee assense del fenomeno del ginocchio da quelle che dipendono effettivamente da affezioni del midollo spinale.

Andriani

Seeligmüller. — *Ueber Hemianaesthesie* (Sull'emianestesia). — *Centralblatt f. d. med. Wissenschaften*; n.° 2, Gennaio 1885.

L'A. dopo aver riferito alcune storie cliniche, viene al risultato che « spesso non è possibile fare con sicurezza la diagnosi tra l'emianestesia isterica e quella da causa cerebrale ». Egli ha visto

sparire completamente fenomeni, come la diplopia, deviazione della lingua, paralisi facciale con emianestesia e senza ovaria, quantunque gl'individui, che da anni ne erano affetti, avessero l'aria di veri ammalati di cervello. Inoltre egli vide un numero relativamente grande di casi, che si potevano designare come emiperestesia ovarica (pronunziata ovaria e iperestesia alla pressione di tutta la corrispondente metà del corpo), accanto a pochi casi tipici di emianestesia ovarica. Afferma inoltre che non sempre l'estirpazione delle ovaie è inefficace per guarire gravi manifestazioni isteriche; ciò che è da segnalare dinanzi alle contrarie vedute di Laudau e Remak. *Andriani*

Möbius. — *Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotorius-lähmung* (Sulla periodica ripetizione di una paralisi dell'oculomotorio). — *Berl. klin. Wochensch.* 1884, *e Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, n.° 5, 1885.

L'A. ha avuto occasione di osservare un ragazzo di 6 anni, del resto sano, nel quale si manifestava ogni anno una paralisi totale dell'oculomotorio destro, preceduta, per parecchi giorni, da vomito e violenti dolori nell'occhio, e che si andava lentamente dileguando, meno la midriasi, nel corso di 8-10 settimane. La prima volta quest'affezione era comparsa nell' 11° mese di vita ed era durata tre giorni. Nel 3° anno si ebbe un secondo accesso, e la paralisi non finì prima di 8 settimane. Indi si ripetè in ciascuno dei tre anni seguenti. Il vomito durava otto giorni e il mal di capo 14 giorni prima che la paralisi si manifestasse. L'A. crede si tratti di una lesione nelle origini del nervo, la quale dev'essere permanente e va soggetta ad improvvise esacerbazioni nel tempo della paralisi. Parla in favore dell'origine centrale il suo insorgere in compagnia del vomito e della cefalea. L'origine della radice discendente del trigemino è prossima al nucleo dell'oculomotorio; sicchè un processo patologico in quel sito può, senza difficoltà, essere incriminato tanto per i dolori oculari quanto per la cefalea, tanto più che le fibre del trigemino che innervano la dura madre, probabilmente derivano dalla radice discendente di questo nervo. *Andriani*

Herbst. – *Ueber den Einfluss des inducirten und constanten Stromes auf die Tätigkeit des menschlichen Herzens* (Influenza della corrente indotta e costante sull'attività del cuore umano). – *Arch. f. exper. Path. XVIII; e Centralbl. f. d. med. Wiss.* n.° 7, 1885.

Queste ricerche dell'A. son quasi una continuazione di quelle di v. Ziemssen. Messo a nudo il cuore di un cane ed eccitandolo, sia con la corrente faradica sia con la galvanica, in breve ora soggiace a completa paralisi e l'animale muore. Nell'uomo sano e in quelli che soffrivano di affezioni cardiache o vascolari, le esperienze furono istituite, collocando un elettrode (per lo più il positivo) sulla parete toracica anteriore, sull'aia di ottusità cardiaca, e l'altro sull'angolo inferiore della scapola sinistra: il polso fu esplorato registrandone il tracciato con un apparecchio di Marey. A riguardo della corrente faradica il risultato fu negativo: il polso rimase egualmente alto, pieno e teso, durante e dopo l'eccitamento. Tutto ciò coincide con l'esperienze di Ziemssen. Ma contrariamente a quest'ultimo, l'A., facendo attraversare il torace da una corrente galvanica, non vide modificati nè la frequenza nè il ritmo dei battiti cardiaci. *Andriani*

Moser. – *Beitrag zur Diagnostik der Lage und Beschaffenheit von Krankheitsherden der Medulla oblongata* (Contributo alla diagnosi di sede e di natura dei focolai morbosi della midolla allungata). – *Deutsch. Arch. f. Klin. Med. XXXV, e Centralbl. f. di med. Wissenschaft.*, n.° 6, 1885.

L'A. riferisce tre casi di paralisi bulbare acuta, prodotta da un aneurisma dell'arteria vertebrale sinistra. Che l'a. vertebrale sinistra sia stata affetta a preferenza, ciò si spiega col fatto che tanto l'angolo che fa la succlavia sinistra con l'aorta quanto quello che fa la vertebrale sinistra con la succlavia sono più favorevoli alla corrente sanguigna. Oltre a ciò le misurazioni della vertebrale e della basilare eseguite in 30 cadaveri, hanno costantemente dimostrato un maggior diametro della vertebrale sinistra, e dippiù nel punto d'innesto delle vertebrali con la basilare s'in-

contra uno strozzamento ch'è più costante e più notevole nella vertebrale sinistra che non nell'altra. Per siffatte ragioni la vertebrale sinistra è un sito più opportuno per l'avvenimento di un'embolia. Alla produzione di un aneurisma occorre, anzitutto, un'alterazione della parte vasale (ateromasia, lue).

Siffatto aneurisma agisce sulla midolla allungata come un tumore crescente e, ostacolando la circolazione, mena a disordini nutritivi fino a focolai di rammollimento.

Nei tre casi studiati dall'A. e soggetti a necroscopia, si trattava di cardiopatici. In un sol caso appariva il vero tipo della paralisi bulbare (senza complicanze di altre paralisi), prodotta dalla pressione dell'aneurisma su di una porzione circoscritta del bulbo. Il complesso fenomenico consisteva in una paralisi acuta dei nuclei del facciale e dell'ipoglosso, del ramo faringeo del vago di entrambi i lati, in un accenno di paralisi dell'abducente sinistro, debolezza dei muscoli innervati dalla terza branca del trigemino. — Negli altri due casi si aggiungevano paresi degli arti con incomplete manifestazioni bulbari.

Come sintoma importante, occorso all'A. una sol volta, e che può accertare la diagnosi di un'aneurisma della vertebrale, è da menzionare la presenza di un chiaro rumore tra il processo mastoideo e la colonna vertebrale, propriamente con punto di maggior chiarezza allato all'aneurisma. Questo rumore fu parimenti osservato in un caso che però non giunse al tavolo anatomico. In un uomo di 30 anni, in seguito a perdita improvvisa della loquela, sopravvenne indebolimento del lato sinistro; dopo ripetuti accessi di paralisi della loquela, si residuò una lesione nel campo dell'ipoglosso e un disturbo della deglutizione.

Mettendo a riscontro questi casi con quelli conosciuti nella letteratura, che siano stati prodotti da focolai di rammollimento o dalla pressione di tumori nel bulbo, l'A. giunge ai seguenti risultati: in caso di paralisi bulbare acuta ben dichiarata, senza paralisi delle estremità, si dovrebbe pensare ad un aneurisma, quando le condizioni del cuore, ovvero l'ateromasia o l'affezione luetica dei vasi rendano probabile siffatta ipotesi, specialmente quando un rumore vascolare tra il processo mastoideo e la colonna vertebralo indica una dilatazione circoscritta delle vie sanguigne e la pressione intracranica non sia aumentata. *Andriani*

Pitres. — *On the early occurrence of ankle-clonus in hemiplegia* (Sulla precoce comparsa del clono del piede nell'emiplegia). — *Brain*, Ottobre 1884; *e Centralbl. f. d. med. Wissenschaf.*, Gennaio 1885.

Il clono del piede, in dipendenza di un'emiplegia, sopravviene nel corso di pochi giorni, secondo Charcot e Westphal. L'A. comunica due osservazioni, in cui il fenomeno si potè osservare 11 e 15 ore dopo avvenuta la paralisi. In un caso si trattava di uno studente, il quale, 10 ore dopo aver riportata in duello una ferita dell'orbita destra, fu preso da insulto apoplettico a sinistra. Un'ora dopo, questa emiplegia era completa; si notavano pronunziati disordini della sensibilità comune e muscolare; esagerato il fenomeno del ginocchio in entrambi i lati, segnatamente a sinistra. Il clono del piede molto accentuato a sinistra, accennato a destra. Parallelamente a un crescente miglioramento, scomparve il clono del piede, dapprima a destra, indi a sinistra. — In un secondo caso, in un uomo di 66 anni colpito da emiplegia totale a destra, 15 ore dopo l'attacco si notava un manifesto clono del piede a destra, nulla a sinistra. — Nell'uno e nell'altro caso non si era fatto l'esame del clono del piede nel tempo precedente all'attacco.

Il Pitres vorrebbe ritenere la precoce comparsa del clono del piede dopo un'emiplegia come un prezioso segno pronostico d'inguaribilità della paralisi. *Andriani*

I. Ott. — A Heat *Centre in the Cerebrum.* Un centro termico nel Cervello (Med. Times 1885. Nr. 1832 p. 233).

Da più d'un anno l'A. annunziò l'esistenza d'un centro termico in vicinanza del corpo striato, fatto che venne poscia confermato da *Aronsohn* e da *Sachs*. In un giornale (Medical News. Iuly) l'A. descrisse alcuni esperimenti che tendevano a determinare la topografia esatta del detto centro. In una stanza a 24°6 venne presa la temperatura nel retto su conigli non legati, poscia eseguita la trapanazione del cranio, con aghi usuali fu traforato il cervello fino alla base. Nelle lesioni delle diverse parti del

cervello venne osservato un aumento di temperatura, che spariva dopo poche ore. Quando poi l'ago perveniva ad un punto determinato innanzi ed in dentro del talamo ottico, presso il corpo striato, allora avea luogo un'elevazione di temperatura di 3°,4° 1[2 che si prolungava fino al giorno seguente; se si asportava in differenti punti la corteccia cerebrale, si manifestava un rapido aumento termico transitorio, il che significava, che la lesione corticale non poteva aver prodotto l'elevazione di temperatura accennata e mantenutasi lungamente proporzionata.

G. D'Abundo

Max Thomas. — *Ueber Aetiologie der Chorea.* Sull'etiolologia della Corea (Inaugural. Dissertation. Berlin 1835).

L'A. ha studiato nella Policlinica del Prof. *Mendel* 19 casi di Corea; specialmente in riguardo alle relazioni che possono esistere tra essa ed il Reumatismo, e solo in un unico caso era preceduto reumatismo articolare acuto senza che fosse seguita alcuna affezione cardiaca. Semplicemente in un caso esistevano soffi, i quali doveano essere riguardati come anemici. L'A. da ciò viene alla conclusione che il reumatismo articolare acuto con o senza affezione cardiaca non ha alcuna notevole significato nell'etiologia della Corea. *G. D'Abundo*

Mandelschtam. — *Notcnoi ispug u dietei. Terrore notturno nei fanciulli.* (Ruskaia Meditsina N. 82).

L'A. riferisce dettagliatamente due casi di terrore notturno ne'fanciulli, come pure accenna semplicemente ad altri 8 casi di simil genere. Basandosi sulle sue osservazioni egli crede, e ciò malgrado le opinioni di molti altri Autori, che questa malattia può svilupparsi eziandio nei fanciulli vigorosi e sani, senza che vi fosse ereditabilità, o disposizione neuropatica. Come momento etiologico l'A. cita i catarri intestinali, la coprostasi, la corizza, due volte il rachitismo ed una volta l'esaurimento generale.

La malattia non si accompagnò nemmeno una volta con disturbi nervosi organici, e tutt'i casi finirono colla guarigione.

(Traduzione dal Russo) *G. D'Abundo.*

*

Ole B. Bull. — *The Ophtalmoscope and Lues* (Reperto ottalmoscopico nella sifilide). — *Op.*, Cristiania 1884, *e Centralbl. f. d. med. Wissenschaf.*, 1885.

Fatta una rivista storica sulle malattie oculari da sifilide, l'A. nella prima parte tratta principalmente della iperemia del nervo ottico che egli ebbe occasione di osservare la prima volta 15 anni fa. Ha constatato nel 30 °/₀ dei suoi 1000 ammalati osservati l'esistenza di una iperemia più o meno pronunziata. Egli ritiene come causa di questa iperemia una irritazione delle parti centrali del sistema nervoso o delle relative membrane. Queste sue vedute trovò confermate dal fatto, che tra circa 400 infermi, che ebbe occasione di osservare per un tempo relativamente lungo il numero di quelli, in cui esisteva una morbosa irritazione del sistema nervoso centrale ascendeva a circa 30 °/₀ nei casi in cui poteva dimostrarsi una iperemia del nervo ottico; al contrario questo numero discendeva semplicemente al 20 °/₀ quando si rinveniva normale il nervo ottico. — Nella parte seguente son descritte le gravi lesioni del nervo ottico, che si manifestano nel periodo terziario della sifilide. — Nell'ultima parte l'A. tratta estesamente le affezioni retiniche e coroideali. Queste, secondo il suo modo di vedere, dipendono quasi sempre da un sol processo e sempre lo stesso, il cui punto di partenza bisogna riporre nella retina. L'A. si è confermato anche più in questa opinione in seguito ad una esatta osservazione della forma e della sede dello scotomo in casi recenti di retino-coroidite. Nella descrizione dei sintomi morbosi funzionali e visibili dell'ottalmoscopio l'A. si associa generalmente alle opinioni di Förster. Solamente, circa il modo di comportarsi del senso luminoso, l'A. si pronunzia contro le opinioni di Förster, perchè egli non ha potuto dimostrare sempre una diminuzione del senso luminoso in relazione coll'acutezza visiva, ma invece ha osservato appunto l'opposto. Questa divergenza viene spiegata col fatto che l'A. pone a fondamento, del calcolo dell'acutezza visiva e del senso luminoso, l'estensione in superficie dell'imagine retinica, non già la lineare, come d'ordinario si usa.

P. Sgrosso

Wilbraud. — *Gesichtfeldeinschränkung bei Hirnleiden* (Restringimento del campo visivo nelle affezioni cerebrali) — *Centralbl. f. med. W.*, n.° 30, 1883.

L'A. premette che quei disturbi visivi, che si presentano sotto forma di un restringimento concentrico del campo visivo, sono prodotti da una affezione funzionale della corteccia dei lobi occipitali. Alle obiezioni, che le lesioni materiali dei lobi occipitali conducano alla emianopsia, mentre i disturbi funzionali si manifestano con un restringimento concentrico del campo visivo, l'A. cerca di rispondere coll'ipotesi, che il restringimento concentrico del campo visivo risulta da una emianopsia omonima bilaterale restando integre le regioni maculari della corteccia. Non entriamo in altre particolarità rilevate dall'autore. Egli si schiera recisamente contro l'opinione di Charcot, che ammette una ambliopia incrociata, localizzandola nella parte posteriore della capsula interna.

P. Sgrosso

Farge. — *Etude sur les fonctions du centre ovale.* Studio sulle funzioni del Centro Ovale. (L'Encéphale, Journal des maladies mentales et nerveuses, N. 4, 1885).

Trattasi d'una giovinetta la quale ogni anno andava soggetta a convulsioni le quali duravano qualche settimana e poscia sparivano completamente. Però dopo qualche tempo essendosi moltiplicati questi accessi convulsivi rimase paralizzata nel lato destro, dove nondimeno provava vivi dolori. Nel parlare l'inferma gira con un movimento lento, continuo, la testa a destra, gli occhi s'iniettano dirigendosi il sinistro in dentro ed il destro in fuori, entrambi un po' in alto, poscia vengono agitati da un nistagmo convulsivo caratterizzato dal ritorno più lento ed incompleto verso la linea mediana, arrestati ad un tratto da una brusca scossa che determina un violento strabismo a destra, Nello stesso tempo l'arto superiore ed inferiore destro sono agitati da scosse rapide, ritmiche, energiche, il braccio e la gamba sinistra sono immobili con una leggerissima contrattura facile a vincersi. Non movimenti convulsivi nella metà inferiore del viso, sola

mente la commissura labbiale è mantenuta fortemento in contrazione. L'insieme dell'attacco dura da 1 a 5 minuti; dopo l'ammalato parla, salvo a ricadere in un altro attacco dopo qualche minuto. Durante il periodo di riposo gli arti del lato destro restano paralizzati, senza movimenti riflessi, dolenti qualora rimossi. L'esame del tronco fa notare due escare una superficiale sulla natica destra, l'altra vasta sulla natica sinistra. Gli attacchi si succedono a brevi intervalli fino a raggiungere il numero di 180; temperatura 38°9; cefalea intensa. Coll'amministrare il bromuro (7 grm.) gli attacchi diminuirono, come anche la febbre, finchè 17 giorni dopo la sua entrata nell'ospedale, l'inferma non avea più attacchi. I movimenti cominciarono a ritornare gradatamente nel lato destro. Dopo 10 giorni però l'ammalata è presa da vomiti, febbre a 40°, cefalea violenta, grida, corea, ecc. e muore dopo 3 giorni. Praticata l'autopsia il risultato fu il seguente: Notevole iniezione dell'aracnoide a livello del lobo parietale sinistro e alla faccia esterna e media del lobo frontale dello stesso lato. A livello della prima circonvoluzione frontale sinistra esiste una depressione estesa per 2 cent. 2 $^1/_2$; si trova un tessuto d'apparenza colloide, omogeneo, verdastro, non contenente più sostanza cerebrale; il rammollimento è quasi liquido. Nelle circonvoluzioni vicine ad eccezione d'una maggiore vascolarizzazione, del resto nulla di notevole. Viene praticato un taglio verticale a 2 cent. innanzi alla frontale ascendente; la porzione pre-frontale isolata da questo taglio è divisa orizzontalmente in sottili strati che presentano la lesione frontale anteriore innanzi descritta, e che si arresta ai $^3/_4$ dell'altezza della circonvoluzione senza interessare le altre. A tal livello più vicino alla faccia inferiore che alla superiore del centro ovale, si trova in corrispondenza della seconda circonvoluzione, e fino ai limiti della terza in fuori ed in basso (non indietro) un nucleo sclerotizzato più giallo della sostanza bianca, il quale è d'una consistenza che non esiste nelle parti vicine, nè nella regione omologa del lato opposto. Il detto nucleo ha contorni ineguali; ha cent. 3 di lunghezza sù 1, 2 millimetri di larghezza; non presenta strati concentrici nè degenerazione caseosa. L'A. dice che sebbene l'esame microscopico non fosse stato fatto in modo completo, pure dal predominio di sostanza dura rinvenuta, è disposto

a credere trattarsi d'un fibro-glioma. In tutt'i casi l'importanza predominante qui si è la situazione del tumore in avanti del *fascio pediculo-frontale*, poichè in vita vennero constatati i fenomeni eccito-motori più caratteristici e più gravi; eppure la sede del tumore è del tutto innanzi e su'limiti della zona motrice del centro ovale. Devesi forse ammettere che questa zona si estenda un po' più in avanti, che non l'abbia fissata il professor Pitres? L'A. è disposto a crederlo, sebbene faccia al proposito, delle riserve, che avrebbero qualche addentellato nella sintomatologia del caso innanzi riportato.

G. D'Abundo

R. Vizioli.—*La malattia di Friedreich* (Atassia ereditaria) 1885.

L'A. dopo aver esposto un rapido cenno storico di tutt'i casi di *atassia ereditaria* osservati e pubblicati finora, riporta con molta chiarezza 12 casi veramente tipici di questa nuova malattia, di cui svolge le storie cliniche come contributo allo studio d'nn morbo non ben chiarito e intorno a cui si agitano gravi questioni.

Di questi 12 casi osservati dall'A., 10 appartengono ad una stessa famiglia o meglio all'istesso ceppo, e 1 ad un'altra. Oltre le 12 storie cliniche proprie, l'A. riporta eziandio una 13ª storia clinica della stessa malattia osservata dal prof. Palma.

L'A. dopo aver svolte adunque le suddette 13 storie cliniche della malattia di Friedreich, ricava alcune considerazioni sull'etiologia, sintomatologia. anatomia e fisiologia patologica e metodo curativo del detto morbo. e ch'io qui in breve riassumo.

Etiologia. — L'A. dimostra la grande importanza che ha l'*eredità* in questa malattia; *eredità diretta* o *indiretta*, *similare* o *assimilare*. Però oltre l'eredità influisce ancora la sifilide, l'alcoolismo, la consanguineità, la tubercolosi ecc.

L'A. propende a credere che la predisposizione a questa malattia sia quasi uguale ne' due sessi. Per l'età la malattia si svilupperebbe dai 2 ai 15 anni. Cause concomitanti occasionali potrebbero essere le malattie infettive.

Sintomatologia. — Mancano sintomi prodromali; ordinariamente l'atassia ereditaria incomincia coi disordini della motilità. Prima

l'infermo avverte stanchezza, poscia incomincia l'andatura vacillante a zig-zag; le gambe divaricate, proiettate disordinatamente a destra ed a sinistra. Nei fanciulli l'equilibrio è più difficile e le cadute frequenti. Il disturbo è progressivo finchè lo stare impiedi diviene difficile e poi impossibile. L'A. in 4 dei suoi casi ha osservato avvenire in seguito paralisi. Più tardi anche negli arti superiori si avvera la difficoltà di eseguire movimenti coordinati. Nel primo periodo della malattia la forza muscolare è conservata, ma poscia subentra la debolezza, fino a paralisi completa con atrofia e degenerazione. È eccezionale l'esagerazione dell'incoordinazione quando si bendano gli occhi a tali infermi. L'incoordinazione non si limita ai 4 arti ma ancora ai muscoli dell'occhio, collo, lingua ecc, ecc. Un sintoma quasi costante si è il disturbo della parola, proveniente da incoordinazione dei movimenti della lingua.

Disturbi della sensibilità. Ordinariamente la sensibilità generale è conservata, eccezionali i dolori folgoranti negli arti inferiori; in un periodo avanzato si può anche avere anestesia. Anche la cefalea si può osservare; la sensibilità muscolare è conservata, salvo a diventare ottusa in un periodo inoltrato della malattia; sensibilità elettro-muscolare prima persistente, poi ottusa; sensibilità riflessa conservata fino a tardi; riflesso rotuleo abolito, salvo qualche caso; tonicità degli sfinteri conservata. Sensi specifici conservati. Un fenomeno frequente è la vertigine. L'intelligenza in genera'e è intatta. Funzioni vegetative regolari. Mai escare o piaghe di decubito. L'A., a differenza degli altri, ha notato nei suoi casi esagerazione delle funzioni genitali. Possono notarsi anche altri sintomi accessori.

Corso — molto lento ma progressivo.

Durata — molto lunga.

Esito — ordinariamente si muore per malattie intercorrenti.

Anatomia patologica — L'A. da 6 autopsie praticate da altri Autori fa osservare, come le alterazioni sono tutte a spese della midolla spinale, sue meningi, bulbo e qualche nervo periferico; che si tratta di processi degenerativi prodotti da sviluppo di sostanza fibrillare, corpi amilacei ed atrofia secondaria delle fibre nervose; e che la sede di tali alterazioni e nei cordoni posteriori fino al bulbo, specialmente i cordoni di Goll, ma che l'alterazione si può estendere ai cordoni laterali, ed in grado lieve ai cordoni anteriori.

L'A. passa in seguito a parlare de'possibili rapporti tra'diversi disturbi del sistema nervoso con le lesioni anatomiche conosciute e si associa a ciò che al proposito disse il *Musso*. L'A. non manca di tracciare le differenze principali che si osservano durante la locomozione tra il morbo di *Duchenne* e quelle di *Friedreich*. Esse sono:

1) Nella tabe dorsale comune predomina il carattere spastico; nella malattia di *Friedreich* invece la debolezza ed il tremore.

2) Nella prima vi è maggiore disturbo nei movimenti di sollevamento ed abbassamento degli arti inferiori, nella seconda ne' movimenti di propulsione.

3) Nella prima predomina la proiezione in avanti; nella seconda la proieziene è laterale a causa della contrazione dei muscoli collaterali oltre quelli normalmente deputati al movimento; per cui ne risulta un'andatura a zig-zag, che costituisce uno de'caratteri differenziali più spiccati fra le due malattie.

L'A. espone minutamente i criteri, che debbono guidare il clinico per diagnosticare questa malattia, e non confonderla colla tabe dorsale e colla sclerosi a placche; indi dopo aver indicato quanto grave sia la prognosi del morbo in discorso, passa alla terapia, dove fa scorgere come sia sconfortante adoperare mezzi efficaci, e che tutto si riduce da una parte alla profilassi e dall'altra ad una cura sintomatica. *G. D'Abundo*

N. A. Mislavskii. – *K utceniu o dixatelnom tsentrie* (Predvaritelnoe soobstcenie). *Della dottrina sul centro respiratorio*, (Communicazione preventiva) (dal laboratorio fisiologico del Prof. N. O Kovalevskii in Kasan; vedi Arxiv psixiatrii, neirologii i sudenoi psixopatologii, etc. Xarkoff, god tretii. tom. VI, N. 1, 1885).

Non è una rivista ma è il lavoro per intero del Mislavskii ch'io qui riporto, trattandosi d'una communicazione preventiva. Per cui traduco integralmeate dal testo Russo il lavoro così come è pubblicato nel giornale di sopra menzionato.

1) I rigonfiamenti di Gierke non hanno relazione coi movimenti respiratori. Essi possono essere recisi anche a livello del

punto medio del *calamus scriptorius*, ed i movimenti respiratori continuano. Gli esperimenti sono stati controllati da ricerche microscopiche.

2) La respirazione cessa momentaneamente qualora vengono distrutti i gruppi reticolari situati nei cosiddetti *faisceaux intermediaires ou laterales du bulbe* (*Longet*). Questi reticoli, che per quanto mi è noto, non sono stati ancora descritti, sono disposti sotto l'aspetto di due centri di forma irregolare, ma abbastanza costanti, ai due lati del *raphe* all'interno delle radici dell'ipoglosso e strettamente contigui a questo. Il limite della loro estensione in sù (rispettiv. al davanti) è fornito dalla base del *calamus scriptorius*, in basso (rispettiv. indietro) dall'angolo dello stesso c. scriptorius, davanti indietro (rispettiv. dal basso in alto) essi giacciono in mezzo alle olive ed alla sostanza grigia profonda del pavimento del 4° ventricolo. La distruzione del centro d'un lato porta per conseguenza la cessazione de'moti respiratori nel lato corrispondente (in un vecchio animale una volta la distruzione d'un lato provoco l'intera cessazione de'movimenti respiratori). Una distruzione parziale o una lesione in vicinanza di questi centri provocano un indebolimento de'movimenti respiratori nella parte corrispondente. La lesione nelle parti laterali e superiori dell'oblongata non producono gli effetti descritti.

3) Le fibre conduttrici, che vanno da questi centri verso i principi spinodorsali de'nervi respiratori muscolari nella regione, dove già termina il canale centrale, si dispongono all'infuori dei rigonfiamenti di Gierke.

4) Gli esperimenti della separazione del midollo allungato dal midollo spinale non dimostrano in quest'ultimo l'esistenza di centri normali riflettori della respirazione, e tanto meno automatici (Langendorff). I riflessi con i nervi sensitivi sul diaframma cessano colla separazione del midollo allungato; negli animali a cui viene iniettata la stricnina non è dimostrabile la suscettività ai riflessi, poichè la stricnina sebbene apra nuove vie pei riflessi che son situati nel midollo spinale, ma che non si manifestano in vita, pure dà una immagine di riflessi assai poco somigliante al normale. L'Autore non osservò mai respirazione automatica negli animali adulti e ne'gattini d'oltre un mese, quando veniva loro recisa la midolla spinale ed iniettata la stricnina.

Gli esperimenti sopra gli animali a cui veniva iniettata la stricnina, possono servire solamente come dimostrazione sperimentale, che i nervi de'muscoli respiratori cominciano nel midollo spinale come gli altri nervi motori, cioè secondo le recenti osservazioni dell'A., dalle corna anteriori.

5) I centri descritti nel 3° ventricolo e nelle eminenze quadrigemini, presso l'acquedotto di Silvio (Christiani, Martin and Rovhes), hanno una importanza secondaria e debbono riferirsi all'apparato psico-riflesso. La sezione del midollo cervicale e delle eminenze qnadrigemini, non cambiano essenzialmente la respirazione, e la distruzione de' centri che in essi risiedono, produce rapidi fenomeni associati ad altri disordini dell'apparato locomotorio.

Gli esperimenti furono eseguiti su'gatti. Una descrizione dettagliata degli esperimenti dell'A. verrà fra non molto pubblicata.

G. D'Abundo.

Grossmann. — *Zur Diagnostik der Augen Krankheiten mit Bezug auf Localisation von Cerebro-Spinalleiden. Diagnosi delle malattie oculari in relazione colla localizzazione delle affezioni cerebro-spinali.* Neurologisches Centralblatt; Febbraio, 1885.

Una fanciulla trentenne, malandata, si presentò il 18 Aprile 1884, dicendo che da circa un'anno era cieca affatto dell'occhio sinistro e col destro non vedeva che una metà degli oggetti.

Due anni prima circa aveva notato un abbassamento graduale della sua vista. L'anno precedente successe un abbassamento rapido nella funzione visiva all'occhio sinistro. Ricorre adesso per la prima volta al soccorso medico.

Dà i seguenti dati anamnestici remoti: circa quattro anni prima fu presa sovente da forti dolori di testa con capogiri, e di tempo in tempo sofferse vomito e da due anni circa andava soggetta ad una specie di cefalalgia.

All'osservazione si trovò amaurosi completa dell'occhio sinistro e mancanza totale della sensibilità nella metà laterale dell'occhio destro.

La paziente con quest' occhio riconosce bene la parte destra

di una persona, mentre non ne vede affatto la sinistra. Non esistono altri sintomi morbosi.

All'ottalmoscopio si constatò aspetto atrofico di entrambe le papille, il calibro dei vasi papillari a sinistra alquanto più piccolo che non a destra.

Al perimetro si constatò nell'occhio destro una linea di demarcazione, che passava proprio pel punto di fissazione del campo visivo. Nella metà retinica funzionante la vision centrale è integra, (legge Snellen III) il senso luminoso, cromatico e vision periferica sono conservati.

Si fece diagnosi di: Amaurosi dell'occhio sinistro ed emianopsia laterale eteronima del destro con completa mancanza di conducibilità della metà nasale del campo visivo.

La linea di demarcazione, passante precisamente pel punto di fissazione, fa conchiudere che il tumore ammesso e che comprimeva il chiasma proprio nella linea mediana siasi in seguito esteso verso sinistra ed abbia invaso anche i fasci non incrociati, per cui si ebbe cecità completa dell'occhio sinistro, mentre nell'occhio destro esiste ancora una metà di retina funzionante con linea precisa di demarcazione, però, collo estendersi del tumore verso destra, potrà avvenire cecità anche di quest'occhio.

P. Sgrosso.

P. A. Troitskii. — *Bojasn prostranstv. Agarofobia.* (Russkaja Meditsina, N. 17).

L'A. descrive un caso di Agarofobia complicata a parecchi altri fenomeni morbosi dipendenti dal sistema nervoso. Il paziente, ufficiale, con notizie anamnestiche ereditarie molto gravi, e con precoce disposizione alla mestizia, manifestò i fenomeni della paura di trovarsi ne' luoghi aperti, spaziosi. Nello stesso tempo si manifestava in lui un senso di oppressione al petto ed un tormento angoscioso dalla parte del cuore: in tali disposizioni egli si dimandava in qual modo e se presto avrebbe oltrepassato quel dato spazio.

A misura che le cose procedevano oltre tutt'i sentimenti si esageravano, la respirazione ed i battiti del cuore divenivano più frequenti; la sofferenza precordiale e la mestizia si accrescevano;

nella mente dell' infermo sorgeva l' idea che non sarebbe nello stato di fare la via che gli era dinanzi. Coll' aggravarsi di tali fenomeni l'infermo o indietreggiava, o cadeva addirittura bocconi, finchè veniva a tempo soccorso.

L'A. suppone che questo caso di agarofobia, parimenti a molti altri analoghi, si riferisca al gruppo generale d'infermi affetti da paura, panofobia; e che la causa più prossima ne sia l'estremo esaurimento del sistema nervoso.

(*Traduzione dal Russo*)

G. D'Abundo

Stood. – *Zur Patologie der Amblyopie saturnina* (Contributo alla patologia dell'ambliopia saturnina) *v. Gräfe's Arch. XXX. s.* 215 e *Centralbl. f. d. medicinischen W. Febbraio* 1885.

L'A. riferisce 4 casi di ambliopia saturnina. In questi comparve una diminuzione relativamente lenta della facoltà visiva, restringimento concentrico del campo visivo, alterazioni nel senso luminoso e cromatico come pure fatti di astenopia. In tre casi il reperto ottalmoscopico fu negativo, nel quarto la pupilla e la retina apparivano iperemiche, le vene centrali fortemente serpiginose e turgide. L'A è di parere che trattavasi di una neurite retrobulbare periferica, *P. Sgrosso*

P. J. Kowalewski. – *Tabes dorsualis illusoria* (Tabe dorsale illusoria). – *Separat-Abdruck aus dem Centralblatt fur Neuenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.* VIII jahrg. 1885, n.° 15.

Nella patologia del sistema nervoso si fa largo il disturbo che con tutta l'apparenza di una malattia organica localizzata dipende non per tanto da semplice influenza psichica. Dopo gli esempii di paraplegia da immaginazione forniti da Roussel Reynolds e molto più tardi da Tschirieff e dopo la stupenda descrizione delle paralisi psichiche fornitaci da Charcot, viene la volta della tabe dorsale da immaginazione, di cui il Kowalewsky ci porge un bellissimo esempio. L'A. distingue due categorie di paralisi psichiche. Nella

prima categoria sono compresi quei casi in cui il presunto infermo non usa gli arti perchè egli ritiene che siano paralizzati: mentre nella seconda non li usa perchè vi annette l'idea delirante che sieno trasformati in vetro, in oro ecc.

L'infermo di cui l'A. riporta la storia fu ricevuto nella sezione psichiatrica dell'ospedale nell'Aprile 84. Avea 37 anni, ammogliato, avea ricevuta una mediocre istruzione. Non vi era eredità psicopatica o nevropatica in famiglia, ma egli era stato sensibile fin dalla fanciullezza, e di fantasia esaltata. Negli ultimi cinque anni ebbe gravi dispiaceri perchè un suo cognato, padre di otto figli ammalò di tabe dorsale; di questa malattia osservò l'esordio e tutte le fasi sempre più gravi, e cominciò a concepire il timore che egli pure avesse ad ammalare della stessa malattia. Indi a poco cominciò ad avere sofferenze alla regione dorsale, dolori lungo il dorso, sensazione di cintura; dopo qualche tempo dolori alcuna volta violenti, folgoranti, negli arti inferiori, e frattanto il cammino cominciò a divenire insicuro ed oscillante, specialmente all'oscuro, con senso di stanchezza nelle gambe, altre parestesie, infine vertigini, costipazione, ritenzione di urina. Non era più tranquillo, temeva che alla famiglia potesse mancare il necessario, perdè il sonno e l'appetito, spuntò l'idea del suicidio; però raccolse le sue forze e andò a curarsi nell'ospedale.

L'esame obbiettivo non fornì alcuna pruova della esistenza di una malattia come la tabe, fu negativo. Nessuna nota degenerativa antropologica; normali la reazione delle pupille e la vista sotto tutti i riguardi, nonchè gli altri sensi specifici; nessuna anomalia era dimostrabile nel sistema muscolare, e nella sensibilità cutanea nelle diverse sue forme; riflessi superficiali e tendinei normali; nessun disturbo nella funzionalità degli sfinteri, nessuna anomalia nella sfera intellettiva; solamente egli si sentiva malato e presso a morire, soffriva vertigine, insicurezza e debolezza nelle gambe, cammino incerto, insonnio.

L'A. lo curò con la faradizzazione generale, la forte alimentazione, brevissime docce fredde al dorso, e inspirandogli fiducia; dopo 23 giorni di dimora all'ospedale era perfettamente guarito.

L. Bianchi

N. O. Kovalevskii. — *Isliedovania ob innervatsii rasehirenia sratcka.* — *Ricerche sull'innervazione dilatatrice della pupilla.* 1885 g. Kasan.

Discrepanti sono state finora le opinioni su tale argomento. A decidere tale quesito l'A. ha intrapreso una serie interessante di ricerche sperimentali su'gatti, e con abbastanza chiarezza e precisione è giunto alle conclusioni ch'io qui in breve trascrivo.

1) L'ipotesi di *Schiff* e *Salcowchy*, del cammino non interrotto delle fibre dilatatrici della pupilla del centro cranico sulla metà laterale del midollo spinale cervicale, e conseguentemente del simpathicus del collo, fino all'occhio non corrisponde ai fatti.

2) L'ipotesi di *Budge*, sostenuta in quei tempi da *Luchsinger*, *S. Mayer* e *Pribram*, dell'esistenza d'un centro autonomo nel Midollo Spinale per la dilatazione della pupilla, nemmeno corrisponde ai fatti.

3) Il centro autonomo per la dilatazione della pupilla, adatto al risveglio riflesso, giace nella cavità del cranio.

4) Da questo centro partono le fibre risvegliatrici infracentrali, verso i principii reticolari de'dilatori della pupilla, seguendo due vie: il midollo cervicale ed il dorsale.

5) Le vie attraverso il midollo dorsale si trovano *visibilmente* nelle colonne laterali; per la qual cosa in ogni colonna esistono le fibre risvegliatrici per questo o quell'altro lato.

6) I dilatatori spinali della pupilla non tutti si dirigono verso l'occhio per la via del simpatico del collo. Per una piccola parte delle fibre vi dev'essere un'altra via (n. vertebralis?).

7) Le colonne laterali rappresentano le principali vie del passaggio de'risvegli sensibili dai nervi sciatici verso il centro cranico de'dilatatori della pupilla; per cui ognuna di queste colonne rinchiude nel midollo spinale cervicale delle fibre di questo o quell'altro sciatico, e ognuno di questo è capace di risvegliare in modo riflesso i dilatatori della pupilla di questo o quell'altro lato.

8) Oltre i nervi sensitivi del corpo, i quali sono già conosciuti come atti a provocare la dilatazione riflessa della pupilla, l'A. enumera ancora il *vagus*, l'*hypoglossus*, il *lingualis*, l'*infraorbitalis*.

9) Il centro cerebrale de'dilatatori della pupilla è capace, oltre il riflesso, d'un risveglio diretto, colla diminuzione del corso del sangue arterioso verso il cervello (chiusura della carotide) e colla dispnea.

10) In quanto al 3° paio ed ai movimenti dell'occhio, anche per questi atti il centro anatomo dell'innervazione ha sede nella cavità del cranio.

11) Non tutt'i fenomeni del complesso dell'occhio (pupilla, 3° paio, rima palpebrale) si trovano assolutamente in un grado corrispondente l'uno all'altro nello spasmo e nella paralisi; poichè v'ha dei casi in cui accanto p. es. ai fenomeni dello spasmo dei dilatatori della pupilla, si hanno de'fenomeni d'indebolimento d'innervazione del 3° paio. Si è perciò che l'A. crede indispensabile che ogni fenomeno, per ciò che spetta l'innervazione, venga studiato dal complesso degli studii sopra enunciati separatamente (1).

(*Traduzione dal Russo*) *G. D'Abundo*

N. A. Tolskii. — *Hemiplegia spastica infantilis.* (Trudi fisico-meditsinskavo obstcestva v Moskvie, N.° 5, 1885; ed Arxiv Psixiatrii, Neirologii i sudenoi psixopatologii 1885).

L'A. ha dimostrato il fenomeno dell'emiplegia spastica infantile in un fanciullo di 7 anni, in cui all'età di un anno e nove mesi, dopo febbri (probabilmente intermittenti) di lunga durata (2 mesi circa), si manifestò paralisi del lato sinistro, insieme a perdita completa della parola; questa paralisi, come pure l'afasia si protrasse fino al 2° anno, alla fine del quale l'infermo cominciò a poco a poco a pronunciare parole isolate ed a muovere l'arto superiore e l'inferiore. Contemporaneamente però (a dire del padre) cominciò la mano a curvarsi, e le dita specialmente a flettersi con tale forza, che i genitori temettero che potessero conficcarsi nella carne. Al primo esame dell'ammalato venne notato, che i fenomeni della passata paralisi erano veramente scom-

(1) Per notizie più minute, vedi il lavoro origiuale pubblicato a Kasan nel corrente anno.

parsi; l'infermo poteva liberamente non solo camminare ma anche correre in qualche modo, sebbene zoppicasse sulla gamba ammalata, in seguito al leggiero accorciamento della stessa; ei risponde liberamente alle dimande che gli si fanno, benchè con parole isolate. L'ammalato muove liberamente il braccio nell'articolazione della spalla, ma verso il gomito e la mano i movimenti sono al più alto grado impediti dalla tensione de' muscoli vicini; tale impedimento muscolare scompare nelle posizioni tranquille dell'infermo e nel sonno; ricomparisce rapidamente al minimo movimento attivo o passivo, che venga eseguito. Alcuni di questi impedimenti muscolari conservano il carattere d'una grande costanza, per cui la mano dell'infermo è leggermente curva dal lato del gomito; le dita sono completamente strette verso la palma, e nel distenderli essi ritornano rapidamente all'antica posizione. Intanto anche questi fenomeni muscolari più costanti scompariscono in certi momenti del corso del giorno, e particolarmente nel' sonno, per cui la mano torna nella sua situazione completamente normale. Egualmente se si porta la mano dalla posizione *superextensa* alla *superflexa*, le dita dell' infermo immediatamente si distendono. L'A. afferma che raramente gli riuscì di vedere così bene quest'ultimo fenomeno, come nel detto infermo da lui descritto.

Grazie alla cura incominciata, esso fenomeno abbastanza rapidamente (4, 5 giorni) perdette della sua intensità. La cura consistette nella meccanica estensione della mano in senso contrario alla viziatura, applicando un apparecchio composto di fili di ferro e grosso cartone sull'avambraccio e sul braccio, il tutto rinforzato da una fasciatura circolare.

(*Traduzione dal Russo*) *G. D'Abundo.*

I. — **R. Vigouroux**. *Maladie de Thomsen et paralysie pseudo-hypertrophique* (Malattia di Thomsen e paralisi pseudo-ipertrofica). — *Archives de Neurologie*. 1884; *e Centralbl. f. d. med. Wissenschaf. N.*° 7; 1885.

II. — **Rieder**. *Ein Fall von* **Thomsen'schen** *Krankheit* (Un caso di malattia di Thomsen). — *Centralbl. f. d. med. Wis, senschaf. ib.*

III. — **Bernhardt**. *Beitrag zur Pathologie der sogenannten* **Thom-**

sen'schen *Krankheit* (Contributo alla patologia della così detta malattia di **Thomsen**). — *Centralbl. f. Nervenheilk*; *N.°* 6; 1885 — *e Centralbl. f. d. med. Wiss. ib. N.°* 28.

IV. — **Weichmann.** — *Ueber Myotonia intermittens congenita* (Miotonia intermittente congenita). — *Dissertatio*, 1883 — e *Centralbl. f. d. med. Wissensch. ib.*

V. — **Marie.** — *Contribution à l'histoire de la maladie de* **Thomsen.** — *Revue de méd;* 1883 — e *Centralbl. ib.*

VI. — *Zur* **Thomsen'schen** *Krankheit* (Sulla malattia di **Thomsen**). *Lettera del Dott.* **Thomsen** *al Prof.* **Bernhardt** — *Centralbl. f. Nervenheilk.* 1885, *N.° 9* — e *Centralbl. f. d. Med. Wissensch. ib.*

VII. — **Deligny.** — *Observation d' un cas de maladie de* **Thomsen.** — (Osservazione di un caso di Malattia di Thomsen) *Union méd.* 1885, *N.° 5;* e *Centralbl. f. d. med. Wissenschaf. ib.*

I. — L'ammalato di **Vigouroux** era un giovane di 19 anni, con muscoli atletici negli arti inferiori, con pseudo-ipertrofia dei muscoli deltoidi, delle porzioni clavicolari dei muscoli cucullari e, in minor grado, del tricipite. Anche i piccoli muscoli della mano si mostravano ipertrofici.

Forza muscolare scemata, movimenti caratteristici, come se volesse arrampicarsi, quando l'infermo vuol sollevarsi dalla posizione orizzontale. Eccitabilità galvanica dei muscoli scemata; faradica alquanto diminuita; non reazione degenerativa. L'infermo non si duole di debolezza nei movimenti attivi, ma di rigidezza (tanto negli arti superiori, che negli inferiori). Anche la lingua e i muscoli masticatorii van soggetti a questa rigidità quando entrano in azione. Tutti questi sintomi si accentuano facilmente quando l'ammalato si vede osservato. Eccitabilità meccanica normale; riflessi tendinei aumentati. Ogni contrazione muscolare risvegliata dalla corrente faradica o galvanica persiste per alcuni secondi, anche cessata la corrente (l'anode si mostra più attivo del catode). La malattia esisteva dalla primissima giovinezza. Secondo l'A. trattasi di una combinazione della malattia di Thomsen con la pseudoipertrofia muscolare.

II. — Nel caso di **Rieder**, si tratta di una recluta che aveva goduto buona salute fino al 9.° anno.

In quell'epoca sofferse dolori acuti in varie articolazioni, dopo di che si residuò una generale debolezza. D'allora apparirono i noti sintomi della malattia — rigidità di singoli gruppi muscolari — ogni volta che l'infermo si accingeva ad un nuovo movimento. La masticazione e la favella di tratto in tratto disturbate; movimenti delle palpebre liberi. Non vi è predisposizione ereditaria; i fratelli e le sorelle non soffrono di questa malattia. Non vi è aumento di volume nei muscoli. La psiche libera; appariscenti i fenomeni del ginocchio; sensibilità e riflessi cutanei intatti; non vi è contrazione paradossale. L'eccitazione elettrica risveglia pronte contrazioni; queste sopravvivono alla corrente per circa 5 secondi. Dicasi lo stesso degli stimoli meccanici, specialmente se freddi. Non vi è atassia. Pezzetti del muscolo gastrocnemio, esaminati al microscopio, non mostravano alterazioni notevoli, solo i fasci delle fibrille sembravano alquanto diradati. Le terminazioni nervose nei muscoli non mostravano nulla di notevole.

Secondo l'Autore la sede dell'affezione è da riferire verso il centro, nella midolla spinale (cordoni laterali ?).

III. — Il Prof. **Bernhardt** riferisce di una famiglia, nella quale si erano contratti matrimonii consanguinei e in cui la malattia di Thomsen si era andata ereditando attraverso le generazioni. Un fratello e una sorella, affetti da questa malattia fin dalla fanciullezza (4-5 anni), derivano da genitori, cugini fra loro, ma non affetti dal male di Thomsen. Anche i nonni di questi bambini erano consanguinei, ma sani. Per converso due cugini del padre, affetti da questa malattia e che contrassero matrimonii consanguinei, generarono bambini ammalati allo stesso modo. L'A. descrive minutamente l'affezione dei fratelli germani, da lui esaminati. Il fratello, di 16 anni, organismo forte, con muscolatura atletica, se vuol levarsi in piedi dopo essere stato seduto per qualche tempo, è preso da rigidità di tutto il corpo, in guisa che i primi passi son molto difficili, mentre in seguito i suoi movimenti diventano più liberi. Un piccolo impedimento lo fa cadere, restando rigidamente disteso come un bastone. Gli stessi disordini agli arti superiori. Le anomalie aumentano, quando l'ammalato si vede osservato.

La sorella, di 18 anni, presenta quasi gli stessi disordini; solamente gli arti superiori son liberi.

*

Essa crede di potersi muovere più liberamente, quando altri la osserva. La sorella è intelligente; il fratello non presenta disordini psichici notevoli.

IV. — Il **Weichmann** raccoglie tutti i casi di malattia di Thomsen (ch'egli propone di designare col nome di *myotonia intermittents congenita*) conosciuti fino al 1883; e vi aggiunge la descrizione di due nuovi casi. — Nel 1.° caso si trattava di un soldato, di 22 anni, che soffriva di questa affezione fin dalla prima fanciullezza. Sono affetti tanto gli arti superiori quanto gl'inferiori; e non è risparmiata la lingua, per modo che se l'infermo prende la parola ha difficoltà nel pronunziare le prime parole. La muscolatura è di vantaggioso sviluppo. Le contrazioni elettriche persistono per 1-2 minuti, dopo che la corrente è cessata. L'eccitabilità idio-muscolare è aumentata in alto grado. Non vi sono fatti ereditarii.

La 2ª. osservazione riguarda uno scultore, di 22 anni, il cui fratello soffre di epilessia. Lo stesso infermo, affetto della malattia di Thomsen fin dalla prima fanciullezza, è inoltre, da quattro anni, afflitto di emicrania bilaterale. Questo caso si distingue dagli altri fin quì descritti per il fatto, che in esso la rigidità si manifesta dopo un certo numero di movimenti e, crescendo l'attività, piuttosto si accresce anzichè diminuire. L'A. si dà ragione di questa anomalia, ammettendo un processo morboso meno grave che negli altri, sicchè i disordini muscolari insorgono sol quando lo sforzo è cresciuto.

L'A. divide il concetto che la sede della malattia debba essere nei muscoli e la causa di essa sia riposta in prodotti chimici abnormi depositati nei muscoli stessi.

V. — Il Dott. **Marie**, dopo aver dato uno sguardo alle osservazioni di malattia di Thomsen finora pubblicate, ne riferisce un caso alquanto complicato. L'infermo presenta fin dai primi anni i segni di questa malattia. Ad ogni tentativo di movimento sottentra una rigidità che può esser vinta solo a poco a poco. Sotto l'influenza dei moti dell'animo, i disordini si accentuano. In progresso di tempi, alla rigidità si sono aggiunte delle scosse cloniche che cominciano dalla gamba destra per estendersi al braccio e al viso dello stesso lato e, in minor grado, anche al braccio sinistro. Attacchi di questa maniera, senza concomitnnti disor-

dini psichici, durano circa 1 1|2 minuti. L'A. non sa dire se in questo caso si tratta di un sintoma insolito della malattia di Thomsen ovvero di nna complicanza epilettica.

VI. — In una lettera al Prof. **Bernhardt**, il Dott. **Thomsen** riferisce notizie importanti sulla malattia di cui ci occupiamo. Egli rileva l'enorme sviluppo della muscolatura incontrato in tutti i casi, (cui risponde spesso una forza imponente), e la prevalente localizzazione dell'affezione nel lato sinistro, notata sopra sè stesso e in alcuni membri della sua famiglia. Segnala un fatto comune a tutti gl'infermi, vale a dire l'àvversione a far rivelazioni sul proprio male, e l'aggravarsi dei disordini in presenza di persone estranee. A questo momento psichico è pure da riferire il manco di speditezza nella parola. Molto degne di nota sono le seguenti rivelazioni: « Sol chi deve sopportarlo è in grado di apprezzare il peso del proprio male: esso getta un'ombra su tutta la vita e ci vieta di raggiungere quella meta, cui altrimenti saremmo bastevoli. Esso getta pure un sinistro riflesso sulla psiche e, con quel fardello da trascinare fin dagli anni della giovinezza, rende strano il carattere ».

VII. — Un giovane di 25 anni, sano e muscoloso, va soggetto fin dall'età di 10 anni, a contratture dolorose delle membra, che cominciano in quei gruppi muscolari che l'ammalato vuol mettere in movimento, e si estendono successivamente agli altri gruppi. Vanno esenti di disordini i muscoli laringei, faringei, linguali e respiratori. Queste crisi violente sopravvengono 4 5 volte nell'anno, e si compongono di una serie di attacchi che si ripetono parecchie volte in 12 48 ore. A parte queste crisi, si manifestano, parecchie volte in ciascun giorno, contratture non dolorose in quei distretti muscolari che l'ammalato vuol muovere.

Questa seconda maniera di disordini probabilmente rimonta ai primi anni. Il padre dell'infermo, cinquantenne, soffre degli stessi incomodi. L'umido e il freddo favoriscono l'ingorgere degli attacchi. Eccitabilità elettrica conservata; ma dietro lo stimolo elettrico si risvegliano di botto contratture generali. Sensibilità integra; riflesso patellare conservato.

L'A., al cui avviso non ci sottoscriviamo, non è certo che quì si tratti di *malattia di* Thomsen. *Andriani*

1.° **M. Learn.** — *A case of chorea of fifteen years standing in a man aged fifty-six.* Un caso di corea , esistente da 15 anni in un uomo di 56 anni. *Lancet* 1883 *N° VII.*

2.° **Peeper.** — *Chorea bei Typhus abdominalis.* (Corea nel tifo addominale). *Deutsche med. Woch.* 1883 *N.°* 8.

3.° **Mardougall.** — *Chronic chorea of forty one years' duration; nerve stretching for relief of pain.* (Corea cronica esistente da 41 anni; stiramento dei nervi. *Lancet* 1885 *N. XVII.*

4.° **Guillery.** — *Endokarditis mit nachfolgender Chorea.* (Endocardite con corea consecutiva) *Deutsche militärarztl. Zeitschr.* 1885. *s.* 184.

5.° **Hare.** — *Some clinical observations in regard to monochorea associated with increased temperature of the part affected.* (Alcune osservazioni cliniche relative alle monocoree associate con aumento di temperatura della parte affetta) *Centralblat. f. d. med. Wiss. N.°* 36 1883; e *Boston med. and surg. Iourn.* 1885. *N.°* 14.

1.° Un uomo a 56 anni, il quale aveva già sofferto reumatismo muscolare, 15 anni indietro, senza causa apprezzabile, fu preso da leggieri spasmi coreici nelle estremità superiori ed inferiori. Questi quattro anni innanzi divennero più gagliardi in seguito ad emozioni psichiche (morte di sua moglie). Qualche volta divenivano così intensi che il paziente non poteva restare più solo. L'intero corpo veniva preso dalla corea, ma il capo e l'arto superiore destro a preferenza. I movimenti erano più forti quando l'infermo si vedeva osservato, cessavano completamente nel sonno.

2.° Una fanciulla sedicenne, la quale un anno avanti sofferse reumatismo articolare senza ulteriori conseguenze permanenti, ammalò coi prodromi generali di un tifo addominale. Poco dopo comparirono movimenti coreici in una estremità inferiore. Insieme alla malattia addominale, che si sviluppava sotto forma di tifo, s'accrebbero anche i movimenti coreici, e prendevano a preferenza il viso e la metà destra del corpo, per poi scomparire di già dopo 10 giorni. Per la lunga distanza che esiste in questo caso tra il reumatismo articolare già guarito e lo scoppiar della corea è inverosimile una connessione di causa tra le due ma-

lattie; l'A. vorrebbe considerare in questo caso la corea come una nevrosi riflessa.

3.°) Una donna a 50 anni da 41 anni soffriva corea generale con sensazioni intense ed insopportabili di dolore alla parte interna ed anteriore della coscia destra. Fu praticato lo stiramento del nervo crurale. Cessarono i dolori; dopo 14 mesi ritornarono per la prima volta. Leggiero miglioramento dei movimenti coreici.

4.° Un sottufficiale, fino al presente di buona salute, d'un tratto s'ammalò di endocardite (insufficienza aortica) per essersi fortemente bagnato. Messo fuori dell'ospedale, perchè avvenuta una buona compensazione del vizio cardiaco, dopo tre giorni comparì una corea generale intensa. La quale erasi di già dileguata dopo circa 11 giorni. — L'A. è inclinato a credere che siasi trattato in questo caso di un processo embolico nel cervello, che abbia prodotto la corea.

5.°) Il contenuto trovasi nel titolo enunciante. La differenza di temperatura raggiungeva quasi 1°. C. *P. Sgrosso.*

Horstmann. — *Ueber anestesia retinae.* (Dell'anestesia retinica) *Centralbl. f. d. med. Wiss.* 1883 *N.°* 36.

L'A. nel corso degli ultimi sei anni ebbe occasione di osservare cinque casi tipici di anestesia retinica.

Questi riguardavano due ragazze all'età di 12 a 13 anni, una giovane signora a 18 anni e due fanciulli di 8 e 11 anni. In tutti esisteva rilevante diminuzione della visione centrale con notevole restringimento concentrico del campo visivo con reperto ottalmoscopico affatto normale.

Il campo visivo molto spesso cangiava figura; non esistevano disturbi di accomodazione nè anomalie del senso cromatico. La malattia nella maggior parte dei casi ebbe sviluppo lento, una volta più rapido (dietro uno spavento), la durata può calcolarsi da cinque mesi fino ad un anno; la prognosi è favorevole rare le recidive.

La terapia consiste in un trattamento ricostituente, evitando l'influenze luminose troppo intense, e la soverchia tensione della vista. L'A. invece del nome « anestesia retinica », (v. Gräfe) sceglierebbe più volentieri la denominazione di Schweigger « ambliopia del campo visivo ». *P. Sgrosso.*

PSICHIATRIA

T. K. Holmes. — *Puerperal Mania.* (*Mania Puerperale.* The Canadian Practitioner, Ottobre 1885.

L'autore ha messo in evidenza una causa della mania puerperale. Questa forma di mania conseguente e dipendente dal parto è di molto interesse vuoi per la sua relativamente facile occorrenza, vuoi pul pericolo ad essa legato, vuoi per la tendenza a divenire cronica, In vista dell'esito felice della cura di parecchi casi occorsigli nella sua pratica l'autore crede utile fermarsi sullo argomento. In generale dagli autori si ammettono come cause predisponenti della mania puerperale l'eredità, le influenze morali, la distocia, l'anemia, l'eclampsia, mentre come determinanti sono ricordate le emozioni morali, la tossicemia, l'albuminuria, l'esaurimento. Un altra causa, « la lacerazione del collo dell'utero » non è menzionata da alcuno, mentre per l'autore è di una importanza capitale, specialmente pel fatto che con la cura di essa si può aver ragione dell' affezione mentale. Nè vale il dire che moltissime lacerazioni del collo accadono senza consecutiva mania, perchè quest'istesso fatto avviene anche per tutte le altre cause menzionate di sù. L'interpretazione della mancanza di uniformità di effetti da cause uniformi deve spiegarsi con la grande diversità dei soggetti su cui queste cause agiscono. Ciò che in una persona determina una forma schiettamente maniaca, in altri può produrre l'isterismo, la lipemania, la neuroastenia, etc. etc.

Un'altra obbiezione che può farsi al concetto causale su esposto è che un gran numero di casi di mania puerperale guarisce senza che la lacerazione del collo, pur esistendo, sia stata curata. Ciò è vero certamente, ma l'autore nota che anche buon numero di lacerazioni della cervice guariscono spontaneamente ed in pochi dì o settimane, tempo corrispondente a quello in cui avviene la guarigione della affezione mentale nel più dei casi, ed anche quando le lacerazioni non guariscono, esse certamente vanno soggette a modificazioni, per cui le superficie scoperte si coprono per l'attività isto-organica della infiammazione, restando così modificate le condizioni della locale sensibilità.

Del resto si hanno alcune considerazioni di ordine generale le quali appoggiano la possibilità della influenza della causa suddetta.

Il Prof. Bucke nel suo libro, Natura morale dell' uomo, ha espresso il parere che questa con grande probabilità abbia per sua base fisica il sistema del gran simpatico, e che le malattie di quegli organi innervati esclusivamente o quasi da questo sistema conducano al pervertimento del carattere morale ed emozionale. È un fatto che le malattie dello stomaco, degli ovarii, delle capsule, soprarenali, dell' utero (organi per intiero o quasi innervati dal simpatico), producono disturbi nelle facoltà morali ed emotive affatto sproporzionati alla gravità delle malattie, mentre altri organi, che ricevono un molto piccolo presidio dal sistema ganglionare (polmoni), possono essere gravemente colpiti (tisici), senza produrre nemmeno una depressione di spirito, tanto da essere perfino preverbiali la buone e fiduciose speranze dei tisici.

I cambiamenti che avvengono nei fluidi dell'organismo durante la gravidanza, ed il periodo di puerperio, le più o meno reiterate scosse subite dalla natura emozionale da spavento, ansietà, cure domestiche durante la gestazione sono cause abbastanza fortemente predisponenti da rendere facile uno scoppio di mania al sopravenire di una causa eccitante. Non è fuori logica supporre che questa possa essere una lacerazione in un organo quasi esclusivamente innervato dal simpatico. – È la scintilla nella polveriera.

L'autore soggiunge per altro che le esposte considerazioni hanno importanza solo per quanto sono confermate dalla esperienza clinica, e perciò riporta sommariamente la storia di 12 osservazioni in cui il manifestarsi della mania puerperale coincideva con la esistenza di lacerazioni cervicali, ed in cui la guarigione è seguita immediatamente o più o meno contemporaneamente alla cura chirurgica adeguata delle lesioni di continuo.

Conchiude quindi affermando l' attenzione che meritano sotto questo riguardo patogenetico le lacerazioni del collo durante il parto, e la necessità di curare chirurgicamente molte manie puerperali. *Guarracino.*

Ira Russel. — *Incremento della pazzia. Cause e rimedii* — *The Medico. Legal Journal.* Giugno 1885.

L'autore comincia dal constatare il fatto dall'aumento del numero dei folli sia negli stati Uniti che in Inghilterra e negli altri stati di Europa, e viene indi a determinare le cause di questo incremento riconoscendone come principale e generale l'eccessivo aumento della popolazione, e come speciale i cambiamenti prodotti nella vita sociale dalla civilizzazione moderna.

Le molteplici influenze di quest'ultima causa sono tutte tali da ripercuotersi sfavorevolmente sul cervello e sul sistema nervoso, come luminosamente è dimostrato dal fatto della maggiore frequenza di paresi e di altre forme di degenerazioni cerebrali e spinali nei più elevati personaggi.

L'immigrazione degli stranieri costituirebbe un altro fattore dello incremento della follia. Il censimento ha dimostrato negli Stati Uniti che 1|3 dei folli è rappresentato dagli stranieri mentre essi formano solamente 1|8 di tutta la popolazione. Cause diverse contribuirebbero a questa sfavorevole proporzione tra gli stranieri. Cambiamento di vitto, di clima, di occupazioni, e più le privazioni cui molti di essi vanno soggetti. Del resto l'aumento è reale anche negli indigeni, ed in questi principalmente influirebbero le condizioni della moderna civilizzazione.

La diffusione dell'educazione e dell'istruzione rende i giovani ansiosi di pervenire a dei successi, ed intanto la possibilità di riuscirvi va sempre scemando per la mancanza dei mezzi, per l'accentramento delle grandi industrie in mano di grandi capitalisti. L'autore dimostra questo asserto con diversi esempii ed afferma che queste condizioni hanno una duplice influenza sull'operaio. Influenza morale perchè l'accentramento delle industrie fa sì che l'operaio non può però essere indipendente, contento dei suoi guadagni, forse limitati, ma bastevoli al suo benessere materiale, e soddisfacenti al suo ideale di maestro di mestiere. Influenza sul fisico, perchè, essendo esso adibito sempre ad una sola specie di lavoro sul principio della divisione delle incumbenze nelle grandi manifatture; non confezionando più un intiero oggetto ma solamente dei pezzi di esso, e sempre per mesi e per

anni, ne risulta che è obligato a stare più o meno sempre in una stessa posizione, da mane e sera, adoperando esclusivamente alcuni gruppi muscolari, mentre altri restano assolutamente inoperosi, e perciò vengono poveramente nutriti, e vanno in atrofia. Una simile condizione certamente si riflette sul cervello e sul sistema nervoso. L'autore quì chiama a contributo l'autorità di Luys, il quale nel suo lavoro *sul cervello e le sue funzioni*, riportandosi a quanto hanno insegnato Ferrier ed Hitzig sulle localizzazioni funzionali, e dopo ricordati gli esperimenti di Bartholow sul cervello, fatti su di un individuo la cui calvarie era stata in gran parte distrutta da un processo degenerativo, dice « Finalmente in alcuni casi patologici, su cui ho fatto speciali ricerche non ancora pubblicate, io ho potuto dimostrare, come pruova della esistenza di focolai isolati di eccitazione motrice nella corteccia cerebrale, distinte zone atrofiche dopo la disarticolazione di un braccio, p. es., ed inoltre ho potuto accertarmi che le zone atrofiche sono differenti a seconda che l'amputazione era caduta su di un braccio o su di una gamba ».

Dunque la demolizione di un membro del corpo influenza la nutrizione del cervello.

Non può e non deve essere lo stesso per la inazione? Dunque conchiude l'autore, la poca probabilità di migliorare la propria condizione, ed il genere di lavoro determinato ed invariabile, deve avere una influenza per l'aumento delle follie nelle classi lavoratrici.

L'autore passa poi a dimostrare l'azione deleterea che devono avere sul sistema nervoso i disinganni ed i dispiaceri causati dalle forte perdite nelle speculazioni di fondi, nella società ad azioni ecc. ecc. La febbre del guadagno porta nella grande maggioranza dei casi alla totale ruina finanziaria. Soggiunge che ha citate queste cattive influenze delle moderne civilizzazioni per dirne alcune tra le tante, riconoscendo d'altronde che dietro queste influenze, bisogna che vi sia qualche cosa nella costituzione individuale, sia congenita sia acquisita, che predisponga alla follia, come ha chiaramente dimostrato il Dott. Stearns nel suo scritto sulla *diatesi pazzesca*.

L'autore passa poi a dire le sue idee circa la cura della follia. Basandosi su statistiche esatte di diversi manicomii degli Stati Uni-

ti e del Canadà; esprime l'opinione che il per cento relativamente molto scarso di guarigioni è principalmente dovuto a che la cura del follo si comincia troppo tardi, lasciando perdere un tempo prezioso, in cui la terapeutica morale e farmaceutica avrebbe molto maggiore potere. Deplora i pregiudizii volgari sull'isolamento dei folli in appositi stabilimenti, pregiudizii che spesso sono la vera causa di orribili tragedie, che scuotono intere società, omicidii, suicidii, incendii, morti per inanizione, che si sarebbero potuto evitare se i pazienti fossero stati rinchiusi e curati. In ultimo fa alcune considerazioni sulla necessità di avere degli asili, ove il sentimento della libertà del ricoverato non fosse per nulla offeso. *Guarracino.*

Camuset. — *Considérationes sur les relations qui exsistent entre les symptomes psychiques de la paralysie générale et le lésions anatomiques de cette maladie.* (Considerazioni sopra le relazioni che esistono tra i sintomi psichici della *paralisi generale* e le lesioni anatomiche di questa malattia. *Annales medico-psychologiques N.°* 1. 1885.

L'A. dapprima rileva brevemente le opinioni dei suoi più illustri connazionali sui fatti clinici più importanti dalla paralisi progressiva, cioè che in questa malattia può esistere demenza senza delirio, e che questa, con gli stessi caratteri speciali che ha nella paralisi progressiva, può osservarsi senza aver dipendenza alcuna con la paralisi stessa, nella quale, il delirio speciale, quando esiste, è suscittibile di guarigione, mentre rimane sempre persistente la demenza.

Questi fatti clinici hanno determinato qualche autore nell'opinione che nella paralisi generale debbano riconoscersi due malattie distinte, la pazzia da una parte e la demenza dall'altra. Ma, si adotti oppur no questa opinione, resterà sempre certo che nella paralisi generale vi sono due ordini di sintomi perfettamente distinti, i primi costanti: demenza e paralisi, gli altri (concezioni deliranti diverse o opposte) mobili e suscettibili di guarigione. Per le modalità cliniche quelli ricordano sintomi da lesioni organiche, questi sintomi delle nevrosi.

Le *condizioni anatomiche di questi due ordini di sintomi pos-*

sono esistere isolatamente, esse possono dissociarsi quando coesistono , e sono essenzialmente differenti. Questo lo scopo della pubblicazione del Camuset. Vediamo come dimostra il suo assunto.

La pazzaia non è maladia *sine mataria* ma niente prova che le alterazioni riscontrate siano la causa della pazzia. Le autopsie dimostrano che la natura delle lesioni cerebrali non implica la natura del delirio, e che si trovano sempre le istesse lesioni in tutte le varietà della pazzia. Sarebbe però poco ragionevole ammettere che la medesima lesione possa produrre stati mentali opposti.

Ogni atto psichico ha un sustrato anatomico di funzione dal quale risulta. Quando l'atto psichico è deviato vi dev'essere una modificazione patologica del substrato organico. Quale è la natura di questa modificazione? Una ipotesi: tutto fa presumere che negli elementi cellulari avvengano fenomeni psico-chimici, talmente delicati ch'è impossibile di constatarli alla più forte lente. Anzi l'A. pensa, che quando una cellula si trovasse modificata di forma e di tessitura al microscopio sarebbe espressione di una impossibile funzione durante la vita, Sicchè le lesioni che si trovano nel cervello dei pazzi possono pur qualche volta essere stata la causa della pazzia, ma causa indiretta, cioè ch'esse provocano con la loro presenza modificazioni delicate nella nutrizione degli elementi nervosi, modificazioni, le quali sono la causa vera del delirio, ma che possono perfettamente essere prodotte per influenza di lesioni diverse da quelle che ordinariamente vengono prese in considerazione, potendo anche sorgere spontanee e senza causa apprezzabile.

L'A. passando ai sintomi psichici della paralisi generale in rapporto alle lesioni anatomiche, fa di queste la enumerazione ed ammette ch'esse rendono perfettamente conto della demenza, ma non spiegano punto il delirio, come hanno creduto di poter spiegare diversi altri scrittori, di cui cita le opinioni. Poichè da quanto avanti è detto, non dipendendo il delirio da lesioni conosciute , è a ritenersi che anche quello, il quale complica la paralisi generale resti tuttora ignoto nel suo subtrato materiale.

G. Cantarano.

TERAPIA

I. — **Leyden**; *Ueber nervöse Dyspepsie* (Dispepsia nervosa).— *Berl. Klin. Woch. 1885, 30-31; e Central. f. d. med. Wiss. 48; 1885.*

II. — **Bourneville** et **Bricon**; *De l'emploi du curare dans le traitment de l'épilepsie* (L'uso del curaro nel trettamento dell'epilessia). — *Archives de Neurol. 25; 1885;* e *Central. f. d. med. Wiss. ib.*

III. — **Merces**; *Osmiumsäure bei Ischias* (Acido asmico nella sciatica). — *Lancet, 2, 1885*—e *Centralalat f. d. med. Wiss. 18, 1885.*

IV. — **Dujardin Beaumetz**; *Sur un cas de vaginisme traité avec succés par le chlorydrate de cocaïne* (Un caso di vaginismo guarito col cloridrato di cocaina). — *Bull. gén. de thérap. XI, 1884* — e *Centralbl. f. d. med. Wiss. 1885.*

V. — **Joffroy**; *De la nature et du traitement de la chorée* (Della natura e del trattamento della corea).—*Progrès méd, 22-23 1885.*

VI. — **de Watteville**; *The cure of writer's cramp* (La cura del crampo professionale). — *British medical Iour. 1259, 1885.* — **Id**; *Further observations on the cure of writer's cramp* (Nuove osservazioni sulla cura del crampo professionale). — *Lancet, 2. Maggio, 1885.*

I. **Il Leyden** è di quelli che ammettono la denominazione di « dispepsia » per un complesso sintomatico che spesso occorre nella pratica medica. Per « *dispepsia nervosa* » egli intende quella maniera di disordini nella funzione della digestione, che certamente provengono da uno stato abnorme dei nervi, senza che in essi si possano dimostrare alterazioni anatomiche palpabili. La dispepsia nervosa è dunque una nevrosi dipendente da un disordine funzionale dei nervi. I suoi sintomi, più frequenti e più importanti, sono: alterazioni del senso della fame, che alcune volte si trova scemato, altre volte accresciuto; inoltre svariati incomodi nelle ore seguenti al pasto, incomodi che variano a seconda che si tratta di disordini delle vie motrici o sensitive o secretorie. Ammette la possibile influenza di queste ultime sulla secrezione gastrica, per analogia con quello, che avviene di altre secrezioni (bile, saliva). Per l'A. è da ammettere con sicu-

rezza tanto con un'influenza impeditiva sulla secrezione gastrica, quanto un'influenza agevolatrice, quantunque il Leube esclude nella dispepsia nervosa un'azione impeditiva.

A questi sintomi propriamente dispeptici si associano altri che accennano ad un nevrosimo generale, cioè ad uno stato abnorme di eccitamento in tutto il sistema nervoso: capogiri, mal di capo, umore triste, irritabilità, dolori vaganti, debolezza generale, cardiopalmo, sonno turbato ecc. In generale la diagnosi della dispepsia nervosa non è facile e richiede una lunga osservazione dell'ammalato. L'importante è il poter escludere un'affezione organica dello stomaco.

Questa dispepsia occorre in ogni età e sesso. Vi son predisposte le persone di stomaco debole, specialmente se si espongono ad un eccessivo lavoro mentale o corporeo. Son pure momenti etiologici frequenti gli eccitamenti psichici, specialmente gli affetti deprimenti, l'isterismo, le affezioni uterine.

La terapia si deve rivolgere non direttamente allo stomaco, ma al nevrosismo ed alle sue cause. Si raccomandano i cambiamenti di aria, specie la dimora su i monti, l'allontanamento dalle ordinarie occupazioni, dai dispiaceri, dagli eccitamenti psichici, un regime di vita regolare, limitazione dei lavori eccessivi, curare il riposo e il divagamento.

Aggiungere all'occorrenza medicinali e cure balneari, idroterapia, elettroterapia, massaggio ecc.

II. — **Bourneville** e **Bricon** in un pregevole lavoro espongono i risultati poco favorevoli, del *curaro* nell'epilessia. Di 21 infermi un solo ottenne un vero miglioramento non molto notevole. La dose massima amministrata in un giorno raggiunse parecchi milligrammi per via ipodermica.

III. — Nelle mani di **Merces**, le iniezioni di acido *iperosmico*; di 1: 100, profondamente praticate fra l'osso ischiatico e il gran trocantere, hanno dato buoni risultati nella sciatica. A capo di 1-4 iniezioni si avevano risultati in parte durevoli, in parte momentanei; ma anche in quest'ultimo caso il senso di alleviamento, secondo l'A., era maggiore che dopo le iniezioni morfiniche.

IV. — Il **Dujardin-Beaumetz** ha sperimentato con vantaggio l'azione della *cocaina* nel vaginismo. — Una Signora di 37 anni,

che non mai lasciò scorgere segni d'isterismo, cinque settimane dopo il primo sgravo, ch'era stato difficile ma naturale, dette segni come di ritensione di residui placentari. Un mese più tardi, sopravvennero dolori nell'atto del coito, e si andarono tanto accrescendo che per 2 anni interi non fu possibile nessun rapporto coniugale. Ammessa all'ospedale, si vide che l'esplorazione digitale era resa impossibile da una forte contrazione che si produceva immediatamente dietro l'ostio vaginale. Ad onta della distensione della vagina e della dilatazione dell'ostio con le dita e con lo speculo (durante la narcosi cloroformica), ad onta della dilatazione graduata con piccoli speculi bivalvi che si applicavano mattina e sera, rimanendo in sito 1-2 ore, l'esplorazione era sempre dolorosa, Allora si fece sulle piccole labbra e intorno all'ostio una pennellazione con una soluzione di cocaina al 2 °/₀, e si vide che subito dopo un minuto quelle parti erano insensibili alle punture di uno spillo, e che lo speculo si potea introdurre senz'ombra di dolore. Gli stessi fatti si ripeterono nei tre giorni seguenti, facendo sempre precedere una pennellazione con la cocaina.

V. — Il **Joffroi** combatte la pretesa connessione tra il reumatismo articolare acuto e la *corea minore*. Non nega che, nel corso della corea, occorrono affezioni articolari; queste però, secondo l'A., son di origine nervosa, e col loro rapido sviluppo, d'ordinario afebbrile, col loro rapido decorso e con la localizzazione su poche articolazioni, dimostrano di non aver nulla che fare col reumatismo acuto. La corea è una nevrosi cerebro-spinale di evoluzione. Come le affezioni articolari, così pure i disordini nell'attività cardiaca, son di natura funzionale (nervosa); conferma questa presunzione il modo di comportarsi del fenomeno del ginocchio, il quale nel maggior numero dei casi è indebolito o scompare del tutto. Solo in 2 casi era normale, e in due altri era propabilmente esagerato.

Nel trattamento della corea l'A. vanta il cloralio. Ai fanciulli di oltre 10 anni ne amministra 4 grammi al giorno, ai più piccoli non ne dà oltre 3 grammi. Suol dare il cloralio mascherandolo in una confettura, Nei casi più gravi raccomanda l'impacco umido.

VI. — Nella cura del *crampo professionale*, il **de Watteville**

loda moltissimo il metodo di Wolff. Questo consiste nel massaggio, e nei sistematici esercizii ginnastici. Si debbono fare almeno due sedute al giorno, ciascuna della durata di 20-40 minuti. Nelle due pubblicazioni, che stiamo riassumendo, l'A. communica quattro casi nei quali ha ottenuto la guarigione.

Andriani

Flechsig. — *Zur gynaekologischen Behandlung der Hysterie.* (Cura ginecologica dell'isteria). — *Centralbl. f. d. med. Wissenschaf.;* n.° 3, 1885.

L'A. patrocina la causa della castrazione nella cura ginecologica dell'isterismo, istero-epilessia e psicosi isteriche. Il fatto capitale è l'indicazione dell'operazione. Se vi ha negli organi genitali alterazioni che, per via riflessa, possono risvegliare manifestazioni isteriche, è il caso di operare. Importante è il trattamento consecutivo, poichè d'ordinario, dopo l'operazione, è da temere una recidiva della psicosi. In appoggio delle sue vedute l'A. adduce tre osservazioni: 1° *Hysteria major* con gravi disordini psichici; castrazione; guarigione completa. 2° Psicosi con sintomi isterici; fibroma dell'utero; amputazione sopravaginale dell'utero: buon successo. 3° Istero-epilessia; stenosi dell'orificio esterno dell'utero; dilatazione cruenta: guarigione.

Andriani

Manarein. — *La Cocaina nel mal di mare.* (Berliner Klin. Wochenschs. N. 35, 1885).

L'Autore crede che nella Cocaina si debba riconoscere un rimedio certo ed innocente contro il mal di mare. Egli ha ottenuto ottimi risultamenti dall'amministrazione del rimedio sotto la formola seguente:

Cloridrato di Cocaina	gr. 0,15
Alcool rettificato	q. b. a s.
Acqua distillata	gr. 150.

Per impedire l'insorgere dei fenomeni del mal di mare egli somministra ogni due o tre ore nove grammi di questa soluzio-

ne. Nell'attacco in atto ogni ½ ora una doppia dose, fino al cessare dei disturbi.

Otto. — Sull'istesso argomento. — Ha somministrato egualmente l'idroclorato di Cocaina. Se ne loda moltissimo, consigliando però di non amministrarlo ai bambini. La crede utilissima massimamente nei vomiti pericolosissimi delle donne incinte.

Dott. Brosius. — *Cura di un imbecille*: *Der Irrenfreund.* Dal giornale pubblicato dal Dott. Brosius, Direttore al Manicomio di Berdof (Coblenza), togliamo la seguente storia clinica e terapeutica.

Il paziente, un Imbecille, sorvegliato del suo custode, viaggiava su di un piroscafo per recarsi in cura in uno stabilimento. In un momento di mancata sorveglianza l'imbecille, con intento suicido, si slanciò fuori il bordo; però appena fu in acqua il suo spavento e la sua ansietà furono terribili. Il vapore fu fermato e l'infelice tratto a salvamento. Quando si riebbe dagli effetti immediati della sommersione, fu notato che le sue facoltà mentali erano molto migliorate. A termine di viaggio fù ricoverato nella casa di salute a cui era destinato. Pertanto dal momento della sommersione le facoltà psichiche migliorarono così meravigliosamente che in poche settimane egli fu dichiarato completamente guarito. Pochi momenti di un forte spavento dunque poterono influenzare tanto le facoltà mentali e cagionare tali cambiamenti molecolari nel cervello da aversi la restituzio ed integrum della psiche.

L'autore, considerando casi analoghi di guarigioni, crede che una probabile spiegazione di ciò possa trovarsi nel fatto che le circostanze le quali occasionano una crisi emotiva coincidono col colmo del disordine mentale, a cui naturalmente deve seguire un periodo di calma. Soggiunge inoltre che, secondo la sua esperienza, il miglioramento in simili casi è più apparente che reale, e che la ricaduta è il fato di questi ammalati.

(Ci permettiamo di dimandare: Era un imbecille l'ammalato in parola)? *Guarracino.*

Trois hypnotiques nouveaux: la boldine, l'hopeine et l'hypnone—Tre nuovi ipnotici: la boldina, l'opeina e l'ipnone. *Presse Médic. Belge*, N. 12, 1886 e Il Morgagni – Marzo 1886.

La materia medica si arricchisce giornalmente di nuovi prodotti, che, raccomandati da valenti terapisti, prendono posto tra i medicamenti che l'antica farmacologia metteva a disposizione del pratico.

Tre ipnotici sono oggi entrati nel mondo medico. L'uno, il più antico, è il boldo col suo principio attivo, la boldina; il secondo è l'opeina, alcaloide narcotico del luppolo; il terzo, il più recentemente presentato all'Accademia di medicina di Parigi da Dujardin-Beaumetz, è il fenilmetilacetone, che per maggior facilità di linguaggio lo stesso Dujardin-Beaumetz con Bardet ha chiamato ipnone.

Questo ipnone è, come l'indica il suo nome chimico, un acetone misto, studiato da Papoff e Neueki. I quali con esperienze fisiologiche, hanno dimostrato che esso si trasforma nell'organismo in acido carbonico ed acido benzoico, e quest'ultimo subisce poi ulteriormente delle modificazioni che lo riducono allo stato di acido ippurico. Dujardin-Beaumetz e Bardet, in una recente comunicazione all'Accademia delle scienze, affermano avere, sperimentando l'ipnone, trovato in esso proprietà ipnotiche rilevantissime. « Amministrato all'adulto, essi dicono, alla dose di 5 a 15 centigrammi misto a un po' di glicerina, ed ingerito nelle capsule di gelatina, l'ipnone determina un sonno profondo, e negli alcoolici le sue proprietà ipnotiche ci sono sembrate superiori a quelle del cloralio e della paraldeide. Nei nove ammalati in cui l'abbiamo somministrato per quindici giorni, noi non abbiamo ancora constatato effetti d'intolleranza; solamente l'odore dell'alito divenne sgradevole per effetto dell'eliminazione di questo acetone dalla superficie pulmonale ».

Iniettato sotto la pelle delle cavie allo stato puro ed alla dose di 0,50 cent. ad 1 grammo, si determina un considerevole torpore ipnotico, che si trasforma a poco a poco in uno stato comatoso nel quale l'animale finisce per soccombere in capo a cinque o sei ore.

Si vede che siamo appena alle primissime nozioni intorno a questo nuovo ipnotico, il quale se è entrato nella clinica trovasi nella fase di pruova, ed è impossibile di precisare le regole della sua applicazione in mancanza di conoscenze sufficienti. Non è lo stesso però dell' opeina, già meglio conosciuta, e derivante dal luppolo, al quale già da lungo tempo si attribuiva con più o meno di certezza e di unanimità un'azione ipnotica marcatissima.

L' opeina, scoverta da Williamson e Springmühl, è stata studiata dal punto di vista fisiologico dal Th. W. Smith. Essa è una polvere bianchissima, cristallizzata in lunghi aghi, difficilmente solubile nell' acqua, facilmente solubile nell' alcool, di un sapore amarissimo e di un odore di luppolo affatto caratteristico.

Questo alcaloide sembra più abbondante nel luppolo selvaggio che in quello coltivato, e più abbondante anche nel luppolo di America che pare abbia conservato più le proprietà naturali e primitive del luppolo che non il suo congenere coltivato in Europa.

Riassumendo le diverse esperienze fisiologiche intraprese, si può dire che l'opeina costituisce un ipnotico di prim'ordine, migliore, ed anzi più raccomandabile della morfina, di cui si conoscono i cattivi effetti irritanti e costipanti.

La completa intossicazione sperimentale ottenuta sugli animali, spinta anche sino alla morte, non si è mai accompagnata da nessun fenomeno straordinario, come tetano o convulsione.

Quanto alla dose da usarsi, secondo l' esperienze di Smith su di sè stesso e su degli ammalati sottoposti a tali prove, si può considerar quella di 0,005 milligrammi come capace di provocare nell'adulto una forte tendenza al sonno, vincibile, ma che quando lo si lascia andare, arreca un sonno tranquillo e riparatore di due ore, senz' alcun effetto consecutivo. Le dosi di 0,01 a 0,03 centigr. determinano sempre il sonno. Gli effetti terapici che accompagnano e procedono questo sonno sono un aumento della temperatura, un acceleramento seguito da un rallentamento del polso, un sapore amarissimo e persistente nella bocca. Dopo una dose di 0,03 centigrammi non si manifesta nessun effetto consecutivo spiacevole, nessun prurito, niente affatto costipazione. Le allucinazioni che accompagnano il sonno spesso sono coscienti.

L' abitudine al medicamento sembra difficile: una donna ebbe per un mese un sonno riparatore di dodici ore, provocato dal-

l'amministrazione di 0,05 milligrammi, senza che siasi dovuto, durante tal lungo lasso di tempo, aumentare la dose.

Inoltre i vantaggi dell'opeina sulla morfina sembrano essere l'assenza di nausee, di cefalalgia, salvo al bel principio del sonno, del prurito, dei disturbi digestivi, della costipazione e dei susurri agli orecchi.

Le alte dosi producono un sonno che passa rapidamente allo stato comatoso per ritornare al sonno tranquillo e profondo.

Il ridestarsi è accompagnato da costipazione non ostinata, da vertigine abbastanza persistente, e da torpore. La miosi è costante anche dopo piccole dosi, ed al destarsi.

Smith crede che la dose tossica è di 0,01 centig. per l'adulto, e di 0,006 pei fanciulli.

Sono questi i fatti conosciuti a riguardo dell'opeina. Essi sono interessanti, meritano l'attenzione di tutti i pratici, ma vogliono essere verificati.

La boldina, alcaloide del boldo, è più anticamente conosciuta dell'ipnone e dell'opeina. Già nel 1874 Dujardin — Beaumetz e Vernes avevano richiamata l'attenzione sul boldo; in seguito dell'amministrazione del quale essi notarono diuresi ed un po' di sonnelenza. Nel 1884, Chapotot estrasse dal boldo un glucoside cui si dà il nome di boldina, ed i relativi lavori sono comparsi nei diversi giornali medici, e nei giornali francesi specialmente.

BIBLIOGRAFIE

P. Fiordispine. — *Rendiconto statistico-clinico del Manicomio di Roma pel settennio* 1874-1880.

È un volume di 302 pagine, e numerose tavole esplicative in coda. La prima parte del volume fino a 122 pagine è tutta dedicata alla storia del manicomio di Roma, con le fasi che ha subìto, gli accrescimenti, lo sviluppo successivo, gli organici, ecc. Da questo lato il manicomio romano può considerarsi uno dei più fortunati per l'interesse che più o meno vi hanno spiegato le diverse amministrazioni che si succedettero, e per il notevole non comune incremento in tutti i rami della manicomiale amministrazione, che sembra inspirata ai dettami dei moderni psichiatrici progressi riguardanti il governo e la cura dei folli.

Un'altra parte del libro è la vera statistica, dalla quale si rileva: che nel settennio vi fu nel manicomio di Roma un movimento di 1937 folli ammessi (1240 uomini e 697 donne); che sull'aumento dei folli in Italia, che dalla statistica del Prof. Verga risulta del 15 0[0, Roma vi figura per l'8 0[0; che nel settennio però l'aumento dei folli fu il 32 0[0; e che questo aumento è superiore proporzionatamente all'aumento della popolazione della città e provincia romana. Di questo aumento l'autore trova la spiegazione nei cangiamenti politico-sociali della Società romana dopo il 1870.

Non poco istruttivi sono i dati statistici circa ai guariti ed i morti, meno per le cifre in se stesse, quanto per rispetto alle condizioni locali, il cui studio relativamente agli altri paesi e alle altre statistiche non sarebbe privo di interesse. Nel manicomio di Roma la cifra dei guariti raggiunge il 12 e 37 0[0. Anche nel Manicomio di Roma, come in tutti quelli delle grandi città la cifra dei paralitici preoccupa non poco, essendochè se ne ebbero 213 nel settennio (185 uomini, e 28 donne), ed anche questa frenosi aumenta sempre più tanto negli uomini quanto nelle donne, ed in maggior proporzione fra queste ultime.

La statistica del Fiordispini darebbe una smentita categorica a quelli che sostengono che la pazzia è proporzionale al progresso sociale, imperocchè nel manicomio di Roma gl'illetterati figurano per il 49 0[0, i colti per il 15,19 0[0, quelli che sapevano solo leggere e scrivere per il 35 0[0.

Di morti se n'ebbe il 9 e 62 0[0; la frenosi paralitica, la demenza consecutiva, e la frenosi alcoolica ne fornivano il maggior contingente. Segue una disamina profittevole ed accurata delle cause della pazzia in genere, e delle diverse forme della stessa.

Una notevole casuistica, e delle opportune considerazioni aggiungono non poco pregio al volume del Dott. Fiordispini, il quale più che un semplice rendiconto ha scritto un libro interessante oltre che per i dati statistici anche per le molte questioni che ha toccate o svolte.

L. Bianchi

M. Bra.— *Manuale delle malattie mentali.* — Trad. italiana con note originali del dott. G. Belfiore tratte in gran parte dalle lezioni di Psichiatria del Prof. G. Buonomo, 1886.

Non è per portare giudizio del libro del Bra che scrivo questa brevissima nota bibliografica. Il libro può considerarsi già vecchio; e fu giudicato. L'A. del resto si è giudicato da se quando ha scritto nella prefazione che le generalità rendono oscure le forme speciali, e sono di poca utilità nella pratica.

Un libro che dà appena il concetto dei morbi, e che è chiuso a tutte le vie per le quali l'analisi clinica meni alla diagnosi, cioè all'applicazione pratica delle compendiate idee, è poco accettevole in generale; tanto meno in psichiatria.

Certamente non sarebbe stato accolto in Italia, e specialmente a Napoli, ove l'insegnamento della patologia generale è tanta parte fondamentale degli studii speciali, se il dott. Belfiore non avesse attuato il lodevole progetto di colmare quella lacuna sulla quale L'A. del libro era saltato a piè pari. Senonchè anche al dott. Belfiore, pur prendendone nella maggior considerazione il pensiero e l'opera, dobbiamo esprimere il nostro rincrescimento, poichè leggendo quelle pagine di generalità, che gli ha tratte in gran parte dalle lezioni del prof. Buonomo, non abbiamo potuto riconoscervi l'ordine e la eguale elevatezza nei concetti e nella forma che rendono così attraente ed efficace l'insegnamento del professore Buonomo. Ad ascoltare le lezioni ti pare padroneggiare il campo della psicologia compenetrato con quello puramente psichiatrico; a leggere le note del Belfiore par di trovarti su terreno accidentato, mezzo smarrito tra cime e fossi più o meno profondi, tra cui talfiata non di leggieri ti raccapezzi per prender la tua via. Sicuramente la natura dell'argomento mal si prestava ad una breve e nitida esposizione, ma non per tanto il libro del Bra delle aggiunte di Belfiore si è avvantaggiato moltissimo, e così può correre con assai più utilità tra le mani dello studente e del medico pratico. *L. Bianchi.*

41c
771